

MÉMOIRES ORIGINAUX

I

FORME LÉGÈRE D'EXCITATION PSYCHIQUE A LA SUITE
D'UNE OPÉRATION ENDO-NASALE

Par **A. LUZZATI**, directeur de la section otologique de la
Polyambulance de Turin.

La réaction générale qui, d'habitude, suit une opération, n'est pas toujours en rapport avec la gravité de l'intervention, et il est certain que si, à cet égard, il y a de grandes variétés dépendant surtout de la différente idiosyncrasie des individus, il y a d'autre part quelques régions dans lesquelles une simple irritation, et à plus forte raison les opérations, donnent lieu à des phénomènes réactionnels d'une gravité non proportionnée à la cause. L'intervention endo-nasale est peut-être celle qui, vu l'exiguité relative des opérations plus généralement pratiquées, donne lieu aux réflexes les plus curieux et les plus divers (1). Il est assez rare que dans les opérations intranasales, surtout quand il s'agit de cautérisations galvaniques, outre la douleur locale et l'hémorrhagie plus ou moins abondante, il ne se manifeste pas quelques désordres plus ou moins graves, dont les plus communs sont : céphalée, nausées, vomissements, insomnie, perte plus ou moins complète de l'odorat. Mais quelquefois aussi, surviennent des phénomènes réactionnels beaucoup plus graves : épilepsie de durée variable ; autres altérations du système nerveux : délires, hallucinations, amaurose, etc.

Ces phénomènes, heureusement, ne sont pas très fréquents : et c'est pour cela que je crois assez intéressant de rapporter une observation curieuse de délire transitoire ou plutôt d'excitabilité psychique, à la suite de l'ablation d'une hypertrophie de cornet.

T. Marguerite, âgée de 35 ans, mariée, sans enfants, jouit d'une bonne constitution, sans aucun antécédent de famille.

Elle n'a été malade qu'il y a quatre ans, elle eut l'influenza à la suite de laquelle apparurent bilatéralement des bourdonnements d'oreilles avec une légère diminution de l'ouïe des deux côtés,

(1) La pathologie nasale en est généralement assez riche.

surtout à gauche. Elle n'y prit pas garde pendant quelque temps, mais ces troubles augmentant, elle eut recours à un spécialiste dont le traitement fut très efficace, car, d'après la malade, au bout de quelques mois tout phénomène avait disparu, et elle avait recouvré parfaitement l'ouïe. Elle fut très bien pendant deux ans ; puis, surgirent de nouveau les mêmes phénomènes, accompagnés cette fois d'une surdité beaucoup plus accentuée, telle que pour l'oreille gauche, la sensibilité auditive était presque réduite à zéro. Elle accusait, en outre, une forte céphalée frontale, surtout à gauche et de la difficulté à respirer par les fosses nasales. Le 15 du mois dernier elle se présenta à la Polyclinique dans cet état.

À l'examen objectif, la membrane tympanique se présentait opaque, principalement à la périphérie : le triangle lumineux avait disparu : le manche du marteau légèrement porté en dedans avec une petite saillie de la courte apophyse.

À l'inspection du nez on remarquait un peu de rougeur sur la muqueuse des cornets inférieurs non hypertrophiés : à gauche, au contraire, existait une hypertrophie avec dégénérescence polypoïde du cornet moyen qui était en contact avec la cloison et en bas arrivait jusqu'à toucher le cornet inférieur.

La sensibilité était ainsi réduite : la perception de la montre au contact, diminuée à droite, presque abolie à gauche. Voix chuchotée entendue de près à gauche ; à droite, à un mètre environ, la perception pour les sons bas et aigus, amoindrie, intacte pour les sons moyens. Le diapason vertex n'est pas localisée, l'épreuve de Rinne négative.

Il s'agirait donc d'une forme plutôt grave d'otite catarrhale chronique, moyenne et interne, plus accentuée à gauche et compliquée de sténose nasale.

Après quelques soins locaux, les symptômes de sténose nasale à gauche persistant, je me prépare à enlever à l'anse froide la portion hypertrophiée du cornet moyen. La malade ayant refusé de se laisser cocaïniser, disant qu'elle ne pouvait le supporter, insista pour être opérée sans anesthésie, je pratiquai également l'ablation du cornet. Un morceau de la grosseur d'une fève, de consistance fibreuse, est extrait facilement ; et l'opération est suivie d'une hémorrhagie peu abondante.

Quelques minutes après, pendant que je pratiquais le tamponnement la malade qui, pendant l'opération avait seulement poussé un petit cri, éclate d'un rire très étrange et prolongé, au point de me déconcerter pendant quelques minutes, puis, con-

trairement à ses habitudes plutôt taciturnes, avec grande loquacité, elle me dit qu'elle était très contente, et qu'elle se sentait tout à fait bien, et de temps en temps elle interrompait son discours par des éclats de rire. J'examine le poulx, qui est assez fréquent, 90 pulsations à la minute, la respiration est aussi accélérée ; les pupilles réagissent parfaitement à la lumière et à l'accommodation ; nul autre phénomène morbide.

Après l'avoir retenue quelque temps, persuadé de l'innocuité relative de sa surexcitabilité psychique qui se réduisait presque exclusivement à une grande loquacité, je la renvoie, lui recommandant cependant de passer chez moi le même soir, soit pour m'assurer qu'il n'y avait plus d'hémorrhagie, soit plus encore pour observer l'état psychique de la malade.

Le soir, lorsque je rentrai à la maison, je la trouvai accompagnée de son mari ; elle vint au devant de moi, me serra les mains avec effusion, et me raconta qu'elle avait encore perdu du sang par le nez : en même temps son mari ajoutait à voix basse qu'elle avait été très agitée toute la journée, et d'une gaieté étrange, chantant continuellement, contrairement à ses habitudes, et discourant avec grande volubilité et quelquefois même sans suite dans les idées.

J'examinai le nez, et cautérisai un point qui saignait légèrement ; puis je renouvelai le tamponnement. La température prise sous l'aisselle indiquait 37. 2 ; poulx encore fréquent, 90 par minute.

La sensibilité générale, au tact, à la température et à la douleur est parfaitement conservée : sauf sur les conjonctives où il existe un léger degré d'hypoesthésie.

En somme, rien de vraiment important, si ce n'est cette surexcitation psychique. Je recommande à la malade de se calmer et de revenir le lendemain.

Le jour suivant je revis la malade transformée ; elle était de nouveau tranquille et taciturne ; elle me dit qu'elle avait été encore un peu agitée pendant la nuit, mais que le matin les bourdonnements avaient disparu à l'oreille gauche et diminué à droite ; l'hémorrhagie ne s'était pas répétée et le moignon du cornet se cicatrisait dans de bonnes conditions. Poulx régulier ; naturellement, l'hypoesthésie de la conjonctive persistait.

J'ai cru devoir communiquer ce cas, non pour l'importance clinique du fait, mais pour l'étrangeté du phénomène. Nous avons eu affaire à une femme, chez qui, une petite opération

intranasale donne lieu pendant un jour à une forme de surexcitation du système nerveux qui se décèle principalement par l'agitation, une gaité exagérée et une loquacité inusitée. Je rappellerai aussi qu'il n'y eut aucune application de cocaïne, ce qui exclut le soupçon que les phénomènes fussent dus à l'action de cette substance sur le système nerveux central. Je dirai aussi, d'autre part, que comme altérations du système nerveux, accompagnant fréquemment les maladies de la pituitaire on cite ⁽¹⁾ une excitabilité particulière du caractère, une propension aux larmes, une apathie intellectuelle, etc., et dans notre cas l'altération provoquée par l'acte opératoire rentrerait précisément dans ce cadre.

Eu égard donc à cette petite prédisposition pouvant provenir d'un léger degré d'hystérie, tout nous porte à admettre qu'il s'agit d'un réflexe provoqué par l'opération ; j'inclinerais à donner à celui-ci une importance particulière par son siège spécial plus que par le traumatisme.

Les recherches de Schiff et Bert sont là en effet pour nous démontrer l'influence que peut avoir sur la respiration l'excitation mécanique, chimique, thermique de la muqueuse nasale.

Plus intéressantes encore sont les expériences de François Franck ⁽²⁾ qui ont démontré l'apparition d'altérations cardiaques respiratoires et aussi vasomotrices à la suite d'irritation de la pituitaire. Qu'il y ait, comme le veut Mackenzie ⁽³⁾, une zone bien déterminée dont l'excitation provoque les réflexes et qu'il existe dans cette zone autant de points comme principe d'autant de réflexes, c'est un problème encore non résolu.

Mon cas, s'appuyant sur les expériences de Franck, pourrait s'expliquer en admettant que l'irritation de l'acte opératoire ait produit outre de légers troubles cardiaques et respiratoires, des troubles vasomoteurs qui seraient la cause de l'excitation psychique, qui débuta quelques minutes après l'opération et dura toute une journée. Je ne veux pourtant pas donner à cette interprétation qui m'est propre, une valeur autre que celle d'une simple hypothèse, s'appuyant sur les faits antérieurs et les expériences sus-indiquées.

(1) SCHUBB. — « Nasenkrankheiten. »

(2) *Archives de physiologie*, Juillet 1889.

(3) *Revue de laryngologie*, 1890.

II

LES MOYENS DE DÉFENSE DES FOSSES NASALES CONTRE L'INVASION MICROBIENNE

Par **R. PIAGET** (de Grenoble).

La rareté des infections d'origine nasale a toujours frappé les rhinologistes. Le nez comme toutes les cavités naturelles, renferme des microbes, à l'état normal. Les germes venus de l'extérieur s'arrêtent à la surface de la pituitaire comme sur un tube de Hesse et doivent s'y trouver dans des conditions favorables à leur développement. Du reste, les bactériologistes qui ont étudié le régime microbien de cet organe, ont tous insisté sur l'abondance extrême des microorganismes qu'on y rencontre. Et pourtant ces faits ne s'accordent pas avec les observations cliniques.

Nous ne voulons pas faire l'historique de cette question ; mais nous croyons que les bactériologistes ont toujours négligé d'établir une division, nécessaire pour cette étude. Il importe d'examiner les cavités nasales en différents points : à leur *entrée* et dans la *cavité* proprement dite. Thomson et Hewlett ⁽¹⁾ qui ont les premiers étudié ces deux régions séparément, sont arrivés à des résultats bien différents. — Avant eux, notre maître, M. Lermoyez, insistant sur l'innocuité des opérations intra-nasales écrivait ⁽²⁾ : « Puisque le nez se comporte vis-à-vis des traumatismes comme une cavité relativement aseptique, c'est que les microbes qui y pénètrent ne doivent pas seulement y être retenus, mais doivent aussi y être détruits ou tout au moins rendus inoffensifs ».

⁽¹⁾ THOMSON et HEWLETT. — *Medico-surgical transactions*, 1895.

⁽²⁾ WURTZ (R) et M. LERMOYEZ. — Le pouvoir bactéricide du mucus nasal. *Annales des mal. de l'or.* Août 1893.

On a fait intervenir différents facteurs pour expliquer cette stérilisation des fosses nasales : la conformation intérieure du nez, l'action de l'épithélium cilié, l'antagonisme microbien, etc. Mais l'action *humorale* paraît jouer le principal rôle, et dans des expériences remarquables, MM. Wurtz et Lermoyez ont, ici même ⁽¹⁾, démontré la puissance *bactéricide* du mucus nasal vis-à-vis la bactérie charbonneuse. — Nous avons repris cette étude et nos recherches ont porté sur trois points : 1° microorganismes rencontrés dans le nez à l'état sain ; 2° examen de la pituitaire des animaux ; 3° action bactéricide du mucus nasal vis-à-vis certains microbes.

I. MICRO-ORGANISMES DES FOSSES NAALES CHEZ DES SUJETS BIEN PORTANTS. — Tous les bactériologistes, avons-nous dit, ont insisté sur la richesse extrême de la flore microbienne de cette région. Une réaction, toutefois, commence à se produire grâce aux observateurs que nous avons cités plus haut. On sait que dans l'arbre trachéo-bronchique, le nombre des germes va en diminuant de la trachée aux premières divisions bronchiques ; on observe pour le nez la même décroissance, du vestibule à ses parties profondes. Nos recherches nous ont permis de l'établir nettement.

Thomson et Hewlett, dans leurs expériences, n'ont exploré que le quart antérieur des fosses nasales, et sur soixante-seize ensemencements, soixante-cinq restèrent stériles. Nous avons pu, en nous servant d'un petit spéculum de Zaufal, introduit très aseptiquement, atteindre les régions plus profondes du nez, et nos cultures faites avec le fil de platine promené dans la fente olfactive ou sur la partie postérieure de la cloison, sont toujours restées stériles. On doit donc affirmer que le nez, loin d'être un « nid à microbes » est, au contraire, une cavité *absolument aseptique*.

On trouve, par contre, toujours des microbes dans le vestibule où s'opère la première filtration de l'air, sur les mailles des *vibrisses*. On en rencontre encore, mais bien diminués déjà, sur la tête du cornet inférieur où vient se briser la colonne

(1) *Annales des mal. de l'or.* — Loco cit.

d'air inspiré et sur la partie antérieure de la cloison. Nous n'en avons jamais observé au-delà du quart antérieur des fosses nasales, ou du moins nos cultures sont toujours restées stériles.

II. RECHERCHES SUR LA MUQUEUSE DES ANIMAUX. — Ces expériences ont été faites avec le mucus nasal des animaux de laboratoire (chiens, cobayes). Après les avoir tués par piqure du bulbe, on faisait immédiatement une coupe antéro-postérieure du nez, qui ne détruisait pas le septum. Tout un côté était forcément sacrifié, mais de la sorte, après avoir détaché la cloison avec des pinces ou des ciseaux stérilisés, l'autre cavité nasale se présentait intacte. On grattait alors à divers endroits avec un fil de platine la muqueuse pituitaire et on ensemençait des tubes de bouillon ordinaire ou des tubes de gélose.

Nous avons fait également des ensemencements de morceaux de cornets.

Sur 28 bouillons, 11 sont restés stériles, 17 se montrèrent fertiles.

Sur 10 tubes de gélose, 4 ne présentèrent aucune culture, 6 donnèrent des colonies. Parmi ces derniers, 2 tubes ne montrèrent qu'une colonie chacun, 2 autres deux, les 2 derniers enfin en présentèrent un grand nombre.

Six morceaux de *cornets* furent ensemencés dans des bouillons, deux seulement ne donnèrent pas de culture.

En somme, sur 38 ensemencements de mucus nasal de chiens ou de cobayes, 15 ne montrèrent aucune trace de colonies.

Il est certain que l'on doit tenir compte du point où l'on recueille le mucus ; celui que nous avons pris à l'entrée du nez a toujours cultivé. Mais nous sommes convaincu, qu'avec plus de précautions on obtiendrait moins de tubes fertiles, et plusieurs de nos résultats négatifs sont dus certainement à quelque faute dans notre manuel opératoire.

Le choix des animaux importe encore beaucoup. L'expérience est relativement facile avec de gros animaux, mais si l'on a sacrifié des cobayes on est rapidement envahi par le

sang, dont une seule goutte suffit pour tapisser toute la muqueuse et l'expérience est à refaire.

De cette seconde série d'expériences nous sommes autorisés à conclure, que les cavités nasales des animaux présentent sensiblement les mêmes conditions d'asepsie que celles de l'homme. Il nous reste à examiner maintenant l'action du mucus nasal vis-à-vis certains microbes.

III. ACTION BACTÉRICIDE DU MUCUS NASAL SUR DIFFÉRENTS MICROBES. — Les expériences de MM. Wurtz et Lermoyez nous ont servi de point de départ. Résumons-les en deux mots : du mucus nasalensemencé avec du bouillon contenant des bactériidies charbonneuses, servit à faire un grand nombre de plaques de gélatine et des inoculations. Or, toutes les plaques restèrent stériles quelle que fût la quantité de mucusensemencé et les inoculations furent inoffensives et ne déterminèrent jamais aucun accident ni local ni général.

Ces premières recherches en provoquèrent d'autres avec les diverses humeurs de l'organisme. Elles furent faites par Krönig et Menge, Bach et Marthen, Lannois ⁽¹⁾. Tous s'accordent à reconnaître à ces humeurs une action bactéricide plus ou moins intense mais indiscutable.

Voici la marche et les résultats des expériences que nous avons entreprises au laboratoire du Professeur Strauss. Du mucus nasal recueilli suivant la méthode de notre maître, M. Lermoyez, futensemencé avec divers microbes. Nous avons étudié son action sur le staphylocoque doré, le streptocoque le coli-bacille, le bacille de Lœffler, le bacille pyocyanique, le bacille de la diarrhée verte.

Staphylocoque doré

PREMIÈRE EXPÉRIENCE

16 janvier. Une petite aune de staphylococcus aureus estensemencée dans un tube de mucus. Au bout de quarante-huit heures, trois plaques furent faites, deux avec le mucus au-

⁽¹⁾ B. KRÖNIG. — *Deutsch. med. Wochenschr.* 25 oct. 1894. — M. LANNONIS. — *Annales des mal. de l'or.* Nos 5 et 6, 1896.

reus, une avec le *bouillon*. — Onensemence la même hauteur d'anse.

Le 9. La lecture des plaques montre dix fois moins de colonies sur les plaques faites avec le *mucus aureus* que sur la plaque témoin faite avec le *bouillon*.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE

1^{er} février. Une anse d'*aureus* estensemencée dans du *mucus* et sert à faire deux plaques de gélatine. Onensemence aussi un tube de *bouillon* avec de l'*aureus*.

Le 6. La plaque de *bouillon* donne des cultures abondantes.

Les plaques de *mucus* sont restées stériles.

Une plaque faite avec le *bouillon* présente des colonies nombreuses, confluentes.

TROISIÈME EXPÉRIENCE

3 février. Même expérience. On fait deux plaques.

Le 8. Lecture des plaques :

Plaque de *bouillon* : nombreuses colonies.

Plaque de *mucus* : zéro colonie.

QUATRIÈME EXPÉRIENCE

20 février.

A. — Trois gouttes de *bouillon*ensemencé le 30 janvier de *staphylococcus aureus* sont inoculées dans l'oreille d'un lapin AB.

B. — Inoculé dans l'oreille d'un lapin AC, six gouttes de *mucus*ensemencé avec de l'*aureus mucus* le 30 janvier.

Le 21. Le lapin inoculé avec le *bouillon* a l'oreille un peu chaude et très légèrement rosée.

Le lapin inoculé avec le *mucus* a l'oreille chaude congestionnée, et présente quelques croûtes autour du point d'inoculation. Petit abcès à l'oreille.

Le 23. Le pus pris dans l'abcès du lapin AC ne contient que peu de microbes et pas d'*aureus*.

Il semble donc qu'au bout de quatre semaines le *mucus* perde son pouvoir bactéricide.

6 mars. Mort du lapin AC, inoculé avec le *mucus*. Petit abcès au point d'inoculation.

Abcès sous-cutané et sous-aponévrotiques des parois abdo-

minales, de la cuisse droite et de la gaine du psoas droit.
Masses du volume d'un gros marron.

Vessie distendue, pleine d'urine trouble.

Rien aux reins.

Pas d'abcès viscéraux.

Sang et urineensemencés sont restés stériles.

Le pus des abcès a donné des colonies petites ne ressemblant pas à celles du staphylocoque aureus.

Le lapin AB inoculé avec trois gouttes de bouillon va bien.

Expérience négative.

CINQUIÈME EXPÉRIENCE

Le 6 juin. Un tube de bouillon B, et un tube de mucus M, sontensemencés avec une forte anse de staphylocoque doré :

Le 7 juin. On fait deux plaques de gélose.

Le 8 juin. La plaque B (bouillon) présente de nombreuses colonies.

La plaque M (mucus) présente 19 colonies.

Colibacille

PREMIÈRE EXPÉRIENCE

30 janvier. Un tube de mucus nasal tyndallisé et un tube de bouillon sontensemencés avec du *bacillus coli commune*.

4^{er} février. Ces tubes servent à faire deux plaques de gélose.

Le 3. La lecture des plaques nous donne les résultats suivants :

Plaque de *coli-bouillon*, colonies innombrables.

Plaque du *coli-mucus*, 10 à 12 colonies.

Le 6. On refait la même expérience avec les tubesensemencés le 30 janvier.

Le 8. Plaque bouillon-coli donne des colonies innombrables.

Plaque mucus-coli présente environ 19 colonies par centimètre carré.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE

30 juin. Un tube de mucus naturel et un tube de bouillon sontensemencés avec une culture de colibacille (Mosny).

Le lendemain, deux plaques de gélose sont préparées.

3 juillet. Plaque B (bouillon), présente une culture abondante, épaisse.

Plaque M (mucus), a cultivé aussi mais moins abondamment.

Le 7. Deux nouvelles plaques sont faites avec lesensemencements du 30 juin, et donnent les mêmes résultats.

Bacille d'Eberth

30 janvier. Un tube de mucus nasal tyndallisé et un tube de bouillon sontensemencés avec une culture de bacille d'Eberth.

1^{er} février. Il est fait deux plaques de gélose avec ces tubes.

Le 3. La plaque de *bouillon-Eberth*, donne des colonies innombrables.

La plaque de *mucus-Eberth*, montre des colonies nombreuses, faciles à compter, disposées en montagnes de glace.

Le 6. On refait la même expérience avec les tubesensemencés le 30 janvier.

Le 8. Plaque *bouillon-Eberth*, montre des colonies innombrables.

Plaque *mucus-Eberth*, montre 5 à 6 colonies par centimètre carré.

Bacille de la diarrhée verte

3 janvier. Une petite anse de diarrhée verte estensemencée dans un tube de mucus ; une autre dans du bouillon.

Le 5. Fait une plaque muqueuse avec mucus diarrhée verte.

Plaque mucus : développement très abondant.

Plaque témoin : développement moins abondant.

Cette expérience est encore négative.

Bacille pyocyanique

30 juin. Un tube de mucus A et un tube de bouillon B sontensemencés avec des cultures de *pus bleu*.

1^{er} juillet. Bouillon présente couleur caractéristique. On fait deux plaques de gélose avec le tube A.

Le 4. Une plaque a cultivé.

La seconde est restée stérile.

Le 7. Deux plaques de gélose et une de gélatine sont faites avec le mucusensemencé le 30 juin.

Le 9. Les trois plaques ont cultivé.

En somme, l'action du mucus nasal sur le bacille pyocyanique parait nulle.

Bacille de Lœffler

PREMIÈRE EXPÉRIENCE

29 octobre. Trois tubes de sérum sontensemencés avec une anse droite de délayage d'eau de condensation de gélose d'un tube de diphthérie.

Avec la même quantité on ensemence trois tubes de bouillon et on met à l'étuve à 37°.

Le 31. Il est fait une plaque de gélose, avec chacun des tubes. Ces plaques sont mises à l'étuve à 38°.

3 novembre. Les plaques faites avec le bouillon renferment une quantité innombrable de colonies; celles faites avec le mucus n'en renferment que deux ou trois par plaque.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE

31 octobre. Six tubes de bouillon et six tubes de mucus sontensemencés comme dans la précédente expérience.

Les résultats furent absolument les mêmes.

TROISIÈME EXPÉRIENCE

18 novembre. On recueille une forte anse de sérosité diphthérique dans le bas d'un tube de sérum et on l'ensemence dans un tube de bouillon.

Avec une anse de ce bouillon, on ensemence d'abord un tube de mucus M¹ et un tube de bouillon B¹; puis deux autres tubes de mucus M², M³, et deux autres tubes de bouillon B², B³, mais avec une quantité double.

En même temps, avec le tube de bouillon qui a servi à commencer ces six tubes, il est fait une plaque de gélatine de vérification.

Le 26. La plaque de gélatine a donné une quantité innombrable de colonies.

Les tubes M¹, B¹, M², B², M³, B³ ont servi à faire des plaques dont la lecture donne :

M¹, zéro colonie.

B¹, colonies innombrables.

M², M³, colonies rares.

B², B³, colonies innombrables.

L'action du mucus nasal sur le bacille de la diphthérie a donc été des plus nettes dans nos expériences. Il est intéressant de comparer ces faits observés *in vitro* avec une observation très curieuse, publiée par MM. Le Gendre et Pochon ⁽¹⁾, sur un cas de persistance du bacille diphthérique dans le mucus nasal avec variation de sa virulence. — En quinze mois on fit l'examen bactériologique du mucus nasal et pharyngien et on trouva le bacille de Lœffler tantôt virulent, tantôt atténué, sous forme de bacilles moyens, de petits bacilles ou même de coccus. Cette atténuation remarquable ne peut s'expliquer que par l'action microbicide du mucus.

M. Sevestre ⁽²⁾, M. Netter ⁽³⁾ ont rapporté également des observations analogues.

Streptocoque

PREMIÈRE EXPÉRIENCE

1^{er} février. On ensemence un tube de bouillon avec du streptocoque et un tube de mucus avec du streptocoque.

Le 3. Au bout de quarante-huit heures, on fait deux plaques de gélatine.

La plaque faite avec le bouillon donne vingt colonies.

La plaque préparée avec le mucus est restée stérile.

L'expérience a bien marché. Toutefois, il a été peut-être ensemencé trop peu de streptocoques.

DEUXIÈME EXPÉRIENCE

1^{er} mars. Trois tubes de bouillon et trois tubes de mucus sont ensemencés avec une anse droite de streptocoque.

Le 3. On fait quatre plaques : deux avec le bouillon, deux avec le mucus.

Les deux plaques faites avec le mucus n'ont donné aucune colonie.

Celles faites avec le bouillon montrent l'une cinq colonies, l'autre zéro.

⁽¹⁾ Voir *Société méd. des hôpitaux*. N° 37, 1895.

⁽²⁾ SEVESTRE. — *Bulletin de la Société méd. des hôpitaux*, fév. 1895.

⁽³⁾ NETTER. — *Id.* 16 fév. 1895.

TROISIÈME EXPÉRIENCE

2 juillet. Une culture virulente de streptocoque sert à ense-mencer un tube de bouillon B, un tube de mucus M, et un tube d'eau stérilisée A.

Le 3. On fait avec chacun de ces tubes trois plaques de gélose.

Le 5. La plaque faite avec le tube B donne des cultures caractéristiques.

Les plaques faites avec les tubes A et M sont restées stériles.

A ces quelques expériences sur l'action du mucus sur le streptocoque, nous pouvons joindre une observation personnelle que nous avons recueillie à la Clinique de nos maîtres, MM. Lermoyez et Helme. La voici en abrégé :

Le 3 décembre 1893. Le nommé M..., 21 ans, militaire, vient à la clinique pour des érysipèles à répétition qui durent depuis un an. Le premier eut lieu en novembre 1894, et fut très violent ; le malade resta alité quarante jours. Des poussées se sont reproduites quatre fois dans le courant de l'année avec une intensité bien moindre.

Examen. — M... présente une boursofflure très marquée de la région sous-orbitaire et de la lèvre supérieure. On aperçoit sur celle-ci une petite fissure. Croûtes abondantes dans les narines. Pas de fissures dans le vestibule, mais à la partie supérieure de cette région on constate une portion cutanée dépourvue de son épiderme.

Rougeur exceptionnelle de la pituitaire. Gros cornet inférieur. Pharynx rouge, granuleux.

Le 1^{er} décembre. Le malade revient avec une poussée nouvelle. État fébrile très marqué.

Toujours la même fissure à la lèvre supérieure.

Le nez est extérieurement très boursofflé, et donne au malade un aspect strumeux.

On ensemece trois tubes de gélose :

L'un avec le mucus buccal B, le second avec une prise faite au niveau de la fissure F, le troisième avec le mucus nasal M.

Le tube M seul resta stérile ; sur les tubes F et B se sont développées de nombreuses colonies de streptocoques.

Cette observation nous présente un nouvel exemple de persistance du microbe dans la bouche et le nez, avec atténuation très marquée de sa virulence, et arrêt de la culture par le mucus nasal.

CONCLUSIONS

De nos expériences, nous pouvons donc conclure que les cavités nasales, proprement dites, sont normalement *aseptiques*.

Cette aseptie paraît exister également pour les fosses nasales des animaux.

Elle est due à de nombreuses influences, mais surtout à l'action bactéricide du mucus nasal.

Toutefois, la conformation intérieure du nez, et l'action de l'épithélium cilié qui entraîne non seulement les germes et les poussières, mais encore les cellules épithéliales desquamées, chargées à leur surface ou même pénétrées d'innombrables bactéries, jouent un certain rôle.

Peut-être doit-on encore tenir compte de l'action phagocytaire, de l'antagonisme microbien, de la réaction même du mucus.

En tous cas, l'action du mucus nasal est des plus nettes. Elle est absolue pour la bactériodie charbonneuse et très intense pour le bacille de Lœffler. Quant à objecter que la mort du microbe est due seulement à la différence de composition des milieux de culture, et que le microbe, pour cultiver, doit s'adapter progressivement à son nouveau terrain, pourquoi n'observe-t-on pas les mêmes résultats, lorsque tous les jours nous transportons dans des bouillons ordinaires des microbes recueillis dans l'organisme? — Mais ce pouvoir bactéricide du mucus nasal, analogue à celui de certains sérums, n'est, toutefois, pas illimité. Il faut tenir compte du nombre de bacillesensemencés, comme l'a fait remarquer Büchner⁽¹⁾. En outre, comme la plupart des phénomènes d'ordre biologique, il présente des variations d'intensité. Nous l'avons observé pour le streptocoque, le staphylocoque, le colibacille, le pyocyanique et le bacille d'Eberth.

Cette action bactéricide nous explique maintenant le peu de danger que présentent les opérations intra-nasales et même l'inutilité fréquente des lavages antiseptiques qui sont parfois nocifs en empêchant les fonctions bienfaisantes de la pituitaire.

(1) BÜCHNER. — *Corr. Blatt. für Bact.*, juin 1889.

III

UN CAS DE PERFORATION ACQUISE DU PILIER ANTÉRIEUR

Par **A. GRINER**, interne des hôpitaux de Paris

Dans ces vingt dernières années l'on a publié de nombreux cas de pertes de substance des piliers du voile du palais, présentant toutes ce caractère particulier de constituer des perforations à bords minces, d'aspect non cicatriciel, et de ne pouvoir être rattachées ni à la syphilis, ni à la tuberculose. Tous les auteurs qui ont publié des observations de ce genre ont posé la question de l'étiologie de ces pertes de substance. La plupart en ont fait une lésion congénitale ; quelques-uns seulement, tels que Fowler (*The Lancet*, 30 novembre 1889), et Morrice (*The Lancet*, 16 juillet 1892), ont pensé qu'il s'agissait là simplement de perforations acquises, reliquats d'angines phlegmoneuses antérieures. Mais ce ne sont que des hypothèses sans données précises. A toutes les observations que nous avons pu réunir, il manque l'examen microscopique, de la muqueuse du pilier lésé, examen qui aurait cependant donné des renseignements précieux.

A l'hôpital Saint-Antoine, dans le service oto-laryngologique de notre maître, M. Lermoyez, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de perforation d'un pilier du voile du palais ; nous donnons l'exposé de ce cas qui est intéressant précisément parce qu'il a été fait un examen histologique de la muqueuse lésée, lequel a permis d'affirmer la nature de la perte de substance.

En mars dernier, se présente à la consultation le nommé B^{...} Victor, âgé de 22 ans, journalier, se plaignant de bourdonne-

ments d'oreilles et de surdité. Examinant incidemment la gorge du malade, dont ce dernier ne se plaignait nullement, du reste, nous sommes fort étonné de trouver son pilier palatin gauche et antérieur largement perforé. Le malade nous apprend qu'il ignorait totalement l'existence de cette perte de substance, n'en ayant à aucun moment éprouvé la moindre gêne.

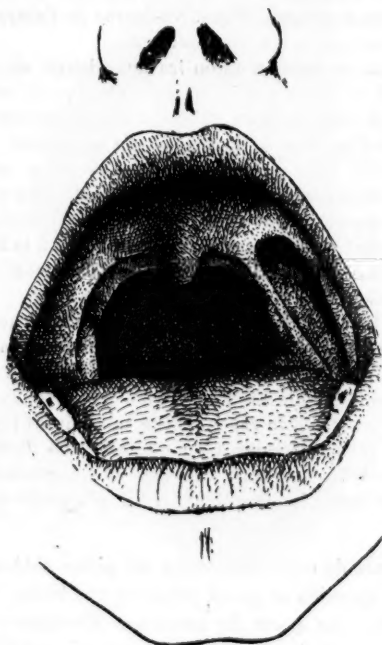


Fig. 1.

Et cependant nous avons à faire à une perforation de grande dimension. Elle occupe toute la hauteur du pilier antérieur, empiétant par son extrémité supérieure arrondie sur le corps même du voile du palais, tandis que son extrémité inférieure se perd sur les parties latérales de la base de la langue. A gauche de la grande arcade constituée par le voile et ses piliers, on dirait une deuxième arcade moins large que la première, mais plus haute.

Dans son diamètre vertical, la perforation mesure environ trois centimètres et demi, son diamètre transversal est en moyenne de quinze millimètres.

Par cette perte de substance, apparaît comme derrière une fenêtre, l'amygdale couchée dans sa loge, de volume normal et tranchant sur les parties voisines par sa coloration d'un rose plus vif; elle n'adhère au fond de sa loge que par un repli muqueux très profondément situé. Au-dessus de l'amygdale se voit nettement la fossette sus-amygdalienne.

En examinant avec attention les deux bords de la perte de substance, l'on constate qu'ils ne présentent pas le même aspect. Tandis que le bord externe, adhérent à la paroi latérale du pharynx, donne l'impression d'un bourrelet cicatriciel blanchâtre, le bord interne libre et correspondant au pilier antérieur est formé d'un repli muqueux mince, absolument transparent, et ne contractant aucune adhérence avec l'amygdale sous-jacente. Ce repli s'épanouit inférieurement sur l'amygdale à la façon des piliers ordinaires. Le pilier postérieur du même côté ne présente rien de particulier.

A droite, l'amygdale et les piliers du voile sont normaux.

Il n'existe aucune trace de malformation ni de la cavité buccale, ni des parties avoisinantes.

Dans les antécédents du malade, rien qui puisse faire penser à la syphilis; on y relève cependant le fait suivant: vers l'âge de 2 ou 3 ans, le malade aurait eu une affection de la bouche, le scorbut, croit-il, qui aurait nécessité des cautérisations de la gorge au fer rouge, intervention dont il n'a gardé aucun souvenir.

En présence de cette perforation du pilier antérieur gauche du voile, la question se posait: était-ce une lésion acquise ou, au contraire, une perte de substance d'origine congénitale, comme l'aspect tout à fait normal de ce qui restait du pilier pouvait le laisser supposer. L'examen microscopique devant être d'un grand secours dans ce cas, M. Lermoyez fit une prise sur le pilier antérieur gauche.

M. Macaigne, chef du laboratoire d'histologie de l'amphithéâtre des hôpitaux, voulut bien se charger de l'examen du fragment. Il constata au milieu du tissu normal, l'existence d'un tissu de cicatrice. Nous étions donc en présence d'une lésion acquise et non pas d'une perforation congénitale.

UN CAS DE PERFORATION ACQUISE DU PILIER ANTÉRIEUR 131

Nous reproduisons le dessin d'une des coupes faites par M. Macaigne.



Fig. 2.

- A.A. — Revêtement épidermique normal.
- B.B. — Tissu conjonctif dermique normal.
- C.C. — Revêtement épidermique bouleversé et modifié par le travail de cicatrisation.
- D.D. — Transformation fibreuse, dense, du tissu conjonctif dermique, constituant le tissu de cicatrice.
- F.F. — La fente intermédiaire est un artifice de préparation résultant de la dureté de la pièce.

Dans l'ensemble on voit la coupe du bord du pilier constitué par du tissu conjonctif enveloppé d'un épithélium pavimenteux

stratifié, reproduisant le type normal de la muqueuse dermo-papillaire.

En un certain point (en CC-DD — sur le dessin), l'aspect de la muqueuse est complètement différent de l'état normal. Dans la partie profonde on constate l'existence d'une nappe de tissu conjonctif fibreux, dense, dont l'épaisseur diminue vers la périphérie en reprenant l'aspect du tissu conjonctif aréolaire normal parsemé de vaisseaux sanguins. Cette zone de tissu conjonctif cicatriciel (DD.) est recouverte d'un revêtement épithélial (CC.) très différent du type normal. Tandis que dans les parties saines, la couche épidermique présente son aspect papillaire bien net, et une distinction précise entre la zone profonde (couche de cellules cubiques et polyédriques) et la zone superficielle (couche de cellules aplaties), au niveau de la cicatrice, au contraire, la direction des cellules épidermiques est complètement désorientée (et en ce point la dureté du tissu a provoqué une solution de continuité sous le rasoir).

En résumé, il existe en un certain point de la pièce examinée une lésion cicatricielle intéressant à la fois l'épiderme, le chorio, et le tissu conjonctif sous-muqueux.

D'après l'exposé de ce cas de perforation d'un pilier palatin, il existe donc, ainsi que le pensaient Fowler, Morrice, et plus récemment Lapalle (*Annales des maladies de l'oreille, du larynx, du nez et du pharynx*, février 1895), des pertes de substance des piliers d'origine cicatricielle, malgré l'apparence normale des bords de la perforation. Mais nous avons en vue ici surtout les perforations unilatérales.

Quant aux perforations bilatérales, remarquables la plupart du temps par leur complète symétrie, par la coexistence assez fréquente d'amygdales rudimentaires, par celle plus rare d'arrêts de développement de la face, il est difficile de ne pas admettre pour elles une origine congénitale.

IV

A PROPOS DU TRAITEMENT DES VERTIGES, DES BOURDONNEMENTS ET DE QUELQUES AFFECTIONS DU LABYRINTHE PAR LA PONCTION DE LA FENÊTRE RONDE SUIVIE D'ASPIRATION

(Lettre ouverte).

CHER CONFRÈRE ET AMI,

Je viens vous prier de vouloir bien donner l'hospitalité dans les *Annales* à ces quelques lignes, pour rappeler à mon excellent confrère et ami le Dr Botey un fait important concernant l'*histoire de la chirurgie de la fenêtre ronde*, sujet qu'il vient de traiter sous le titre inscrit en haut de cette lettre ⁽¹⁾.

M. Botey doit ignorer ma communication lue au Congrès International d'Otologie (Bruxelles, septembre 1888) sur la Perforation accidentelle de la fenêtre ronde au moyen du galvano-cautère, ayant eu pour excellent résultat de diminuer une pression labyrinthique excessive, cause de bruits, vertiges, perte d'équilibre, etc. ⁽²⁾.

Dans ce travail, j'ai le premier attiré l'attention des otologistes sur la possibilité de l'intervention chirurgicale, ou plutôt sur la paracentèse de la membrane qui ferme la fenêtre ronde.

Mon mémoire suscita une discussion à laquelle prirent part MM. Gellé, Politzer, Sapolini, Moure, Urban Pritchard et Delstanche.

Je démontrai comment cette opération pouvait non seule-

⁽¹⁾ *Annales des maladies de l'oreille*, décembre 1896.

⁽²⁾ *Comptes-rendus et mémoires du Congrès*, page 229, Bruxelles, 1889.

ment ne pas occasionner de suites désagréables, mais soulager immédiatement le malade de ses bourdonnements et de ses vertiges, et améliorer également l'audition.

L'année suivante je résumai ma communication dans le *Bollettino delle mal. dell orecchio, gola e naso* (Florence, mars 1889), et je conclusais :

Ce fait accidentel, tout à fait nouveau dans la littérature otologique, ne doit pas être passé sous silence, aujourd'hui que nos connaissances physio-pathologiques sur l'appareil de transmission et celui de transformation, ainsi que je nomme le labyrinthe, ont tant progressé. Je crois que l'on peut conclure de ce fait accidentel à une indication thérapeutique, hardie, il est vrai, mais applicable aux troubles otopésiésiques (bruits, vertiges, etc.), dans lesquels tous les autres moyens employés pour modérer la pression centripète exagérée ont échoué, d'autant plus si l'étrier était ankylosé.

Dans les cas désespérés de sclérose primitive de la caisse avec vertiges otopésiésiques, la perforation artificielle de la fenêtre ronde peut être très utile. On peut y recourir après avoir procédé à une large perforation de la membrane tympanique de haut en bas dans le segment postérieur avec l'extraction d'un lambeau membraneux découvrant la niche de la fenêtre ronde correspondant exactement à la moitié du segment postérieur dans la direction du bord de l'anneau tympanique.

Telle est, cher ami, la petite priorité que je tenais à faire connaître à mon distingué confrère Barcelonais, à propos du traitement dont il semble avoir retiré quelque avantage.

Avec mes remerciements, veuillez agréer l'expression de mes sentiments dévoués.

PROF. V. COZZOLINO,

directeur de la Clinique oto-rhinologique
et docent de laryngologie à l'Université
de Naples.

Naples, 24 décembre 1896.

PROCÉDÉ POUR RELEVER L'ÉPIGLOTTE RABATTUE
FAISANT OBSTACLE
AUX OPÉRATIONS ENDOLARYNGIENNES

Par **BUENO DE MIRANDA**

Médecin du service des maladies de l'oreille, du nez et du larynx à
la Polyclinique de Rio de Janeiro.

La procidence de l'épiglotte est une cause de difficulté, même d'obstacle aux opérations endolaryngiennes, obligeant quelquefois à ouvrir le larynx.

Par mon procédé, en relevant l'épiglotte on peut très facilement faire des cautérisations, extirpation de polypes, curetage, intubation, etc.

Il consiste dans l'emploi simultané par la main gauche, du miroir laryngoscopique et de l'explorateur du larynx. C'est une combinaison difficile, de maintenir les deux instruments dans la position désirée, sans que leurs rapports se modifient.

Il faut en même temps de la fermeté dans la main pour que le laryngoscope et l'explorateur gardent toujours la même situation.

Manière de procéder : 1° Introduction du miroir laryngoscopique avec la main gauche après l'anesthésie du pharynx et du larynx par des pulvérisations, badigeonnage ou insufflations de cocaïne. La tige doit être maintenue entre les troisièmes phalanges du médius et de l'annulaire ; le manche doit s'appuyer dans la gouttière formée par le pouce et le bord externe de la paume de la main.

Une bague portée à l'annulaire servira à mieux maintenir la tige du miroir, en l'empêchant de glisser au dehors.

2° Introduction avec la main droite de l'explorateur qui doit redresser et tirer l'épiglotte contre la base de la langue. La tige doit être bien tenue entre les troisièmes phalanges de l'index et du médius gauches. Le manche s'appuyera sur la pulpe du pouce, qui peut relever plus ou moins le manche de l'explorateur, ce qui tend davantage l'épiglotte.

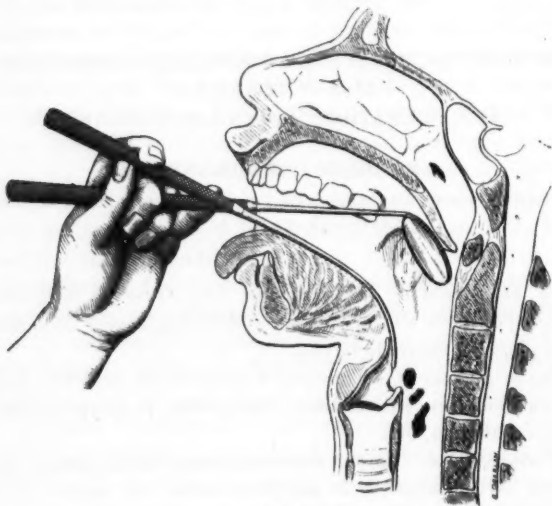


Fig. 1.

Les tiges des deux instruments se croisent et doivent être maintenues l'une contre l'autre.

L'extrémité de l'explorateur doit être garnie d'un peu d'ouate pour ne pas blesser et maintenir l'épiglotte contre la base de la langue.

SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ BELGE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE

Séance du 8 novembre 1896

Compte rendu par le Dr O. LAURENT, de Bruxelles.

Président : M. le Dr BAYER.

M. NOQUET, de Lille, assiste à la séance.

M. le PRÉSIDENT rend hommage à la mémoire de M. WAGNIER, de Lille, qui a collaboré activement aux travaux de la société.

M. GAUDIER, de Lille, est admis en qualité de membre associé étranger.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour de la prochaine séance :

1° La syphilis de l'oreille. *Rapporteurs* : MM. HENNEBERT et BROCKAERT.

2° Les premiers symptômes de la tuberculose laryngée. *Rapporteurs* : MM. ROUSSEAU et CHEVAL.

Une commission composée de MM. GORIS, EEMAN, BUYS, SCHLEICHER et HENNEBERT est chargée d'examiner les cas d'ozène traités par MM. CAPART et CHEVAL d'après la méthode de l'électrolyse cuprique.

La prochaine séance aura lieu à Bruxelles en juillet prochain.

1. M. SCHLEICHER. — **Présentations d'instruments.** — 1° Abaisse-langue automatique, en aluminium. Son application est simple et sa stérilisation très facile.

2° Spéculum nasi. C'est un spéculum analogue à celui de Lennox-Browne, qui est maintenu en place à l'aide d'un bandeau frontal. Il est surtout utile dans les applications électrolytiques.

3° Lampe électrique. Voici une lampe à arc pouvant être utilisée en laryngoscopie et en rhinoscopie. Les crayons de charbon, mesurant 5 millimètres de diamètre, y sont maintenus en place

par deux bornes, dont l'une est mobile et permet les rapprochements des charbons au moyen d'une crémaillère. L'appareil est pourvu d'un miroir réflecteur parabolique et d'une lentille bi-convexe disposée à quelque distance des foyers lumineux à cause de la chaleur dégagée.

Les deux bornes sont reliées par des conducteurs à la distribution de la ville, en passant par un poste de résistance. La planchette en ébonite, dont la partie antérieure sert de support à l'appareil, présente à l'arrière un anneau à vis permettant de fixer l'instrument à un portatif ordinaire à gaz, sur lequel on peut le monter ou le descendre à volonté. Enfin, un écran est adapté au côté gauche de l'appareil. Celui-ci consomme deux ampères environ et la lumière reste régulière pendant la durée de l'exploration.

2. M. GORIS. — Technique de la cure radicale de la sinusite maxillaire. — On désigne sous le nom de sinusite des affections de nature différente ; l'origine du pus y est variable. On peut observer des formations suppurées aiguës, à la suite du coryza, de l'influenza, de la carie dentaire, et dans ces conditions le traitement n'est pas compliqué.

Mais il n'en est pas de même dans d'autres cas qui sont justiciables de l'intervention radicale. Nous effectuons la cure radicale dans les sinusites d'origine nasale ou dentaire ayant résisté à un traitement de trois à quatre mois, ainsi que dans les lésions ne présentant pas de point de départ manifeste : ces dernières se rattachent fréquemment à la tuberculose de la partie postérieure de la mâchoire.

L'opération consiste dans la résection de la paroi antérieure du sinus maxillaire, dans la confection d'une large brèche permettant l'examen du sinus à la vue et au toucher et l'application d'un traitement énergique. La technique de Lermoyez diffère de la nôtre ; le malade doit être endormi profondément, car on a à sectionner des branches dentaires et à curetter et à thermocautériser la région. L'opération dure de 12 à 15 minutes ; le malade est dans la position de Rose et l'on veille soigneusement à l'hémostase.

Un premier assistant est chargé de la traction de la langue en dehors et un second du maintien de l'écarteur des mâchoires.

On commence par inciser au scalpel largement la muqueuse d'avant en arrière jusqu'à l'os, et on détache les parties molles jusque près du trou sous-orbitaire. On se rend facilement maître

de l'effusion sanguine. On résèque la paroi au moyen d'une pince de Liston, ce qui donne lieu à une hémorrhagie nouvelle et assez violente, qui demande un nouveau tamponnement à la gaze iodoformée : l'ouverture est suffisamment élargie au moyen de ciseaux pour permettre l'introduction du doigt et l'on passe à l'exploration de la cavité : celle-ci renferme un pus crémeux, des fongosités ou présente des foyers de carie. Curettage complet, et hémorrhagie suivie de tamponnement. En fin de compte, thermocautérisation énergique.

On pratique le tamponnement à la gaze iodoformé et ce pansement reste cinq jours en place, puis est renouvelé trois fois par semaine. Nous sommes d'avis que cette lésion exige dix mois de ce traitement avant la formation d'un tissu sain, non suppurant.

L'éclairage électrique des parois postérieure, interne et externe est des plus simples, et l'on cautérise dans la suite les points suspects.

Ce n'est que vers le septième mois que l'on retire, à titre d'essai, la gaze pendant un jour, et on ne considère la cure comme terminée que lorsqu'on ne voit plus apparaître de pus, c'est-à-dire vers le dixième mois. La cavité est transformée en une sorte de diverticulum buccal, qui ne demande d'autres soins que des lavages de la bouche après les repas. J'ai en ce moment deux malades qui ont subi ce traitement.

M. BÉCO. Cette méthode ne s'applique évidemment pas aux cas d'hyperplasie simple de la muqueuse sinusienne, qui guérissent en quelques semaines sous l'influence des irrigations.

M. GORIS. J'ai précisé les indications. Je supprime les lavages.

M. CHEVAL. Un nombre assez grand de sinusites doivent être traitées d'après la méthode signalée par M. GORIS. J'ai eu recours, avec l'aide de M. Rousseaux, à un procédé semblable. Mais je n'ai pas observé d'hémorrhagie en détachant la joue au thermocautère. D'autre part, il faut se garder d'une cautérisation trop violente. La guérison se produit en un mois ou deux, la longueur de la cure peut, à mon avis, être une cause d'infection ; c'est pourquoi je ne maintiens pas la cavité ouverte comme le fait M. GORIS.

M. GORIS. L'écoulement de sang est surtout abondant au moment de la résection osseuse. En ce qui concerne la durée de la cure, je ne pense pas qu'elle soit trop longue, car je me rappelle que dans les deux cas où je n'ai pas maintenu l'occlusion, une nouvelle intervention s'est imposée.

M. SCHLEICHER. Le pronostic de la sinusite est variable ; certains cas sont facilement curables, d'autres ne le sont pour ainsi dire point. C'est pourquoi je ne partage pas l'optimisme de certains spécialistes. Jansen, de Berlin, a même été jusqu'à proposer une résection très étendue du maxillaire, comprenant celle du rebord alvéolaire. Sur les trois cas que j'ai opérés, j'ai eu un succès. Jansen a vu la guérison ne survenir qu'au bout de un an ou deux ; il finit en plaçant un obturateur qu'on peut renouveler tous les mois. D'autre part, Grünwald ne s'arrête pas trop longtemps au tamponnement, qu'il supprime au bout de deux ou trois semaines alors qu'il existe encore de la suppuration.

3. M. LAURENT. — **Les abcès rétro-pharyngiens.** — Je me permettrai d'attirer votre attention sur quelques particularités que présentent les abcès rétro-pharyngiens.

Tout d'abord, ils sont plus fréquents qu'on ne le pense généralement. Les auteurs en rassemblent environ cinq cents cas. J'ai observé cinq fois cette affection. Trois de ces cas concernaient des enfants âgés de moins de deux ans, le quatrième un enfant de trois ans et le cinquième un adulte de trente-cinq ans. Il est du reste entendu que cette maladie se développe surtout vers l'âge de sept mois.

Sans vouloir en faire une entité morbide, on peut dire qu'elle est en général constituée par une adénite ganglionnaire suppurée.

On sait, en effet, que le système lymphatique est très riche chez l'enfant et que chez lui on retrouve, surtout vers l'âge d'un an, deux ganglions situés à la base du crâne, d'un côté ou des deux côtés de la ligne médiane, entre le grand droit antérieur et la paroi pharyngienne postérieure. Tortual signale même un cas où un ganglion avait atteint le volume de la glande sublinguale. Pour M. le Prof. Haulon, il ne peut s'agir dans l'espèce que d'un lymphome ; chez l'adulte, le volume de ces glandes est moins considérable, et on les retrouve plus ou moins enveloppées dans le tissu de l'aponévrose péri-pharyngienne. Parfois même on n'en retrouve qu'une.

Nous savons que si le système lymphatique supérieur se déverse dans les ganglions précarotidiens, situés en avant de la carotide primitive, près de sa bifurcation, le système supérieur aboutit aux ganglions pharyngiens que nous avons mentionnés. De plus, ces lymphatiques présentent des connexions avec ceux

du palais mou, des amygdales, et même, indirectement, avec ceux des gencives et du nez.

L'abcès pourrait avoir son origine dans une infection généralisée, ou dans une infection localisée, dans une lésion régionale. Dans trois cas, j'ai retrouvé l'angine simple, l'angine scarlatineuse et l'angine chronique. Et l'étiologie ne peut toujours être établie avec certitude.

Le diagnostic présente de grandes difficultés au début. J'ai vu récemment deux cas avec M. le Dr Tordeus, qui n'avait établi le diagnostic du premier qu'en se basant sur des nuances et sans s'aider de la vue ou du toucher; il y avait eu angine d'origine probablement scarlatineuse et il existait une assez grande quantité de mucosités bucco-pharyngiennes, mais pas de raideur de la nuque, ni de dysphagie.

Les symptômes classiques, difficulté de déglutition, ronflement expiratoire et inspiratoire, dyspnée, raideur de la nuque, sont loin d'être constants; ils n'existent pas lorsque l'abcès est peu volumineux et haut situé.

D'autre part, comme l'abcès a des tendances à fuser vers les régions inférieures, puisqu'il peut descendre jusqu'au médiastin, il n'est pas étonnant qu'il ne puisse présenter les symptômes de l'abcès amygdalien; je pense même que cette circonstance n'a pas été sans causer un certain nombre d'erreurs de diagnostic. Dans de telles conditions, le soi-disant abcès amygdalien n'était rien autre chose qu'un abcès rétro-pharyngien.

Un accident que je veux rappeler, c'est la mort subite apparente ou réelle survenant au moment de l'incision.

Thoyer-Rosat a rassemblé cinq cas de la première catégorie, et trois cas de la seconde.

Nous connaissons du reste les dangers de cette maladie. Gautier, en 1869, relève quatre-vingt-dix-huit cas avec quarante-quatre morts; mais des cinquante-quatre cas de guérison, cinquante seulement avaient été opérés. Bokai, en 1876, signale seulement sept morts sur cent trente-six cas se rapportant à des enfants.

Nous savons en effet que cette mortalité est fréquemment due à un spasme de la glotte consécutif à l'abcès pharyngo-laryngé, ou à la syncope d'origine réflexe, et se produit même sans qu'on retrouve de pus dans le larynx.

Nous ne nous étonnerons pas de ce fait si nous nous rappelons qu'on a vu la mort subite survenir dans la pharyngite simple. Du reste, dans notre dernier cas, le simple écartement

des mâchoires déterminait de l'asphyxie, causée, croyons-nous, par la tension plus considérable de l'abcès et par l'obstruction partielle de l'orifice supérieur du larynx. Les connexions nerveuses sont en effet des plus complexes. Nous connaissons la constitution du plexus pharyngien. La vascularisation et les sécrétions sont régies par les filets provenant du ganglion cervical supérieur du grand sympathique, la sensibilité est dévolue au pneumogastrique et la motricité au glosso-pharyngien pour la partie antérieure du constricteur supérieur, et au spinal pour les autres constricteurs et pour le stylo-pharyngien. Des relations aussi intimes prédisposent par conséquent l'organe à devenir le point de départ de troubles graves.

Le traitement a consisté dans l'incision de l'abcès ; dans un cas l'ouverture s'est faite spontanément. La bouche est maintenue ouverte à l'aide d'un écarteur et l'incision, pratiquée au moyen d'un bistouri guidé par l'index gauche, est effectuée aussi près que possible de la ligne médiane, et doit être assez large pour qu'on n'ait pas à y revenir. L'enfant est opéré dans la position assise et mis immédiatement dans l'attitude latéro-ventrale. On peut aussi chloroformer le malade et le mettre dans la position de Rose. Mais en raison des dangers de mort subite qui peuvent se présenter à tout instant, en raison de la rapidité de la syncope que peut causer le chloroforme, et vu la rapidité de l'incision, j'estime qu'il est préférable d'opérer sans narcose. La plaie est ensuite nettoyée au moyen de tampons d'ouate et le pharynx irrigué à l'appareil d'Esmarch.

4. M. Buys. — Deux cas de myxœdème infantile traités par l'extrait thyroïdien. — L'extrait que j'emploie n'est pas une substance tellement définie ; il est obtenu en traitant par la glycérine la pulpe de glandes fraîches et en précipitant ensuite dans l'alcool. Il s'agit donc d'une substance soluble dans la glycérine. Et cependant cet extrait peut être dosé avec précision : ainsi des doses de 5 et 10 centigrammes sont tolérées, alors qu'il peut ne pas en être de même à 12 centigrammes. Ce remède n'a pas la saveur des pastilles de Burrow, mais il est probable que le produit de Bowmann et E. Héros a une valeur supérieure.

J'ai eu à traiter deux fillettes, l'une de 13 ans $\frac{1}{2}$ et l'autre de 3 ans $\frac{1}{2}$. Comme la maladie est peu connue, elle donne facilement lieu à des erreurs de diagnostic : ainsi, dans ces cas, on avait cru avoir affaire à une affection du foie, du rachitisme, à

des lésions cérébrales justiciables de la trépanation, etc. Le diagnostic n'est pourtant pas compliqué : il se base sur l'existence du crétinisme. Si le crétinisme constaté n'est pas dû à l'atrophie, le diagnostic du myxœdème s'impose. Il existe du reste d'autres signes qui corroborent celui-ci. Une des malades a été atteinte de végétations adénoïdes, qui ont été opérées sans succès ; et ses épistaxis se sont produites à différentes reprises, les vaisseaux étant peu résistants, comme il arrive fréquemment chez les myxœdémateux.

Il est à remarquer que les cas de myxœdème se produisent presque tous chez des sujets féminins. Dans le cas cité, l'origine du mal remontait à la naissance, probablement, les deux enfants étaient atteints d'idiotie et ils ne pouvaient se tenir debout.

Le traitement a eu moins de résultats chez l'ainée. L'effet le plus net est la fonte, la « démyxœdématisation », rapidement suivie du développement de l'enfant. Le degré d'efficacité du remède se manifeste très tôt : le pouls devient fréquent, et la diurèse ou la transpiration plus abondante ; chez l'enfant c'est très généralement la transpiration qui prédomine, et chez l'adulte la diurèse. L'usage du médicament s'accompagne parfois d'une éruption du cou et des épaules.

SOCIÉTÉ AUTRICHIENNE D'OTOLOGIE

Séance du 27 octobre 1896 ⁽¹⁾.

Président : Prof. POLITZER.

Secrétaire : POLLAK.

POLITZER ouvre la séance par une allocution dans laquelle il souhaite que la seconde année de la Société soit aussi bien remplie que la première et que de nombreuses communications soient apportées.

1. F. ALT présente une fillette de 12 ans, amenée le 7 juillet dernier à la clinique de Gruber pour des troubles de l'ouïe con-

⁽¹⁾ D'après le *Monats. f. Ohrenh.*, novembre 1896.

sécutifs aux oreillons qui dégénérent rapidement en bourdonnements et en légers vertiges, et le troisième jour en une *surdité complète*.

Examen : Membrane tympanique normale à droite, détruite à gauche (par suite d'une suppuration survenue deux ans auparavant). Les oreilles ne perçoivent aucun son, soit aigu, soit grave. Ut³ est très amoindri sur les deux apophyses mastoïdes et le vertex. Surdité totale pour la voix parlée, le cornet acoustique et le sifflet. L'enfant n'habitait pas Vienne, on recommande à son médecin de lui donner de l'iodure de potassium et de pratiquer vingt injections de pilocarpine. La famille fut également invitée à essayer des exercices acoustiques. Toutes les prescriptions furent scrupuleusement exécutées et la malade revint à la clinique le 8 août. La conversation était perçue à gauche à 3 centimètres et à droite au contact.

Actuellement le pouvoir auditif est de 1 mètre à gauche et de 30 centimètres à droite.

ALT passe alors en revue toutes les observations publiées sur le sujet ainsi que les théories de Roosa, Virchow et Colin. Il suppose, d'après Moos, que sa malade avait eu un exsudat séreux dans le limaçon (les troubles de coordination graves faisant défaut) ou dans le tronc du nerf auditif. Il reste à savoir si l'affection aurait guéri sans traitement où si l'amélioration est due aux remèdes : iode, pilocarpine, exercices acoustiques.

Discussion.

URBANTSCHITSCH n'a jamais observé de surdité bilatérale à la suite des oreillons, mais il a rencontré quatre cas d'affection unilatérale. Dans l'un d'eux il a recouru avec succès au courant continu appliqué vingt fois pour rétablir la fonction auditive. Il a vu aussi une anesthésie unilatérale de l'acoustique au cours d'une affection de la glande sous-maxillaire ; dans un cas au bout de quatre jours, il survint une surdité totale, une autre fois la surdité persista 18 mois, puis disparut spontanément.

GRUBER n'a pas vu guérir les affections bilatérales, mais fréquemment la surdité hémilatérale a rétrogradé sans aucune médication. Il a habituellement recours aux résorbants, surtout à l'iodure de potassium. La pilocarpine ne lui a pas réussi. Les exercices acoustiques effectués durant 14 jours dans des cas de surdité complète n'ont apporté presque aucune amélioration. G. attribue cette forme de surdité à une exsudation pénétrant

dans l'appareil récepteur des sons selon l'étendue des destructions produites par l'exsudat, la guérison survient plus ou moins vite.

URBANTSCHITSCH, contrairement à Gruber, a eu des succès par les exercices acoustiques dans des cas de surdité syphilitique.

V. FRANKL a vu dans un cas d'oreillons une paralysie faciale double et de la polynévrite.

POLITZER, à l'inverse de Colin, croit à une infection localisée à la parotide, accompagnée de surdité et d'affection labyrinthique.

2. GOMPERZ montre un enfant de 7 ans, qui eut il y a 3 ans 1/2 à la suite d'une scarlatine une **otite moyenne gauche**, l'écoulement qui n'a jamais cessé, était profus et fétide en janvier 1896, et le fond du conduit auditif était caché par un abaissement de la paroi supérieure, plus grosse qu'un pois, ronde, et ne laissant qu'une petite fente entre elle et la paroi inférieure du conduit auditif. L'ablation de cette tuméfaction et le grattage n'ayant produit qu'un mieux passager, G. pratiqua vers la mi-mars l'opération radicale par le procédé de Zaufal, qui fit trouver du pus caséux dans l'antre, une cavité grosse comme une cerise, remplie de granulations dans l'apophyse mastoïde et des lacunes dans les deux premiers osselets. On fit la plastique de Körner qui révéla une atrésie presque totale du conduit auditif devant la membrane tympanique on eut du mal à former le lambeau. La cicatrisation fut heureuse, au commencement de mai la suppuration cessa; seulement de temps à autre, à des intervalles de plusieurs semaines, on vit sourdre du pus inodore. La transplantation réussit admirablement, une lacune ronde remplissait presque toute la membrane du tympan, seulement en arrière et en haut une strie élancée s'était reproduite. Cet état subsista jusqu'au mois d'août.

A la fin de septembre le malade reparut, accusant une violente céphalalgie et des vomissements.

La suppuration était insignifiante, mais sur toute la largeur de la lacune osseuse due à l'opération radicale, dans le conduit auditif osseux et même dans sa portion cartilagineuse, on voyait un bourrelet élastique semi-cylindrique. d'un gris-bleuâtre. Gomperz ne modifia pas les prescriptions. Aujourd'hui cette tumeur a tellement augmenté, qu'à partir de la marge tympanique, presque jusqu'au pavillon, en partant de la paroi supérieure, elle rétrécit notablement le conduit auditif.

G. croit qu'il s'agit de l'union du lambeau de Körner et d'un

cholestéatome ; mais en tout cas on fera une ponction exploratrice.

URBANTSCHITSCH est d'avis qu'on est en présence d'une membrane épithéliale recouvrant un cholestéatome ; il a guéri deux cas de ce genre par une fissure.

KAUFMANN a observé à Halle un fait analogue baptisé kyste épithélial.

POLITZER pense qu'on a affaire à une membrane de tissu cicatriciel, qui ferme l'attique du côté de la membrane tympanique, l'attique renfermant du mucus.

3. POLITZER. Evidemment opératoire des cavités de l'oreille moyenne. Extraction de la membrane tympanique décollée et du séquestre labyrinthique. — Galicienne âgée de 30 ans, atteinte depuis l'enfance d'une otorrhée droite, et depuis trois mois d'exacerbation douloureuse de la suppuration et ensuite d'une paralysie faciale droite complète. Avant d'entrer à la Clinique, on lui avait retiré des polypes du conduit auditif. A l'examen on vit une otite moyenne profuse, et des granulations remplissant l'oreille moyenne et une grande partie du conduit auditif osseux. Tout le conduit auditif est légèrement rétréci. L'apophyse mastoïde externe est normale, insensible à la pression. L'épreuve du diapason ne fournit pas grand résultat, car les sensations de la malade par l'épreuve de Rinne et de Weber contredisent la localisation de la perception des sons. La durée de perception des oscillations des différents diapasons est amoindrie. Grossesse de six mois.

En raison de l'aspect local et de la paralysie faciale, on pratiqua le 1^{er} octobre le dégagement de la cavité tympanique, on enleva des couches des portions moyennes et supérieures de l'apophyse mastoïde, puis on ouvrit et gratta l'antrum rempli de pus et de masses granuleuses. Puis on procéda à l'ablation de la paroi osseuse postéro-supérieure du conduit auditif, la paroi de l'attique externe fut dégagée et on râcla les granulations. Pendant le curettage on rencontre plusieurs séquestres encastrés dans les granulations qu'on extrait l'un après l'autre. Un des séquestres est le *modiolus* du limaçon osseux, sur lequel on distingue encore nettement la lame spirale osseuse. Il a 3^{mm},5 de large, 1^{mm},5 de haut et environ 3 millimètres de long. Un fragment s'y rapportant d'environ 1^{mm},5 de largeur et d'épaisseur fut enlevé isolément. Le second séquestre est la partie antérieure du limaçon. Le séquestre le plus important que l'on

retire avec peine est un fragment osseux long, dentelé, sur lequel on peut reconnaître facilement un morceau du canal semi-circulaire horizontal ainsi que les parties voisines du bord du vestibule osseux. Après l'enlèvement des granulations et des séquestres il reste encore beaucoup de pus dans les portions antéro-inférieures de l'oreille moyenne. Lavages. Pansement. Guérison normale sans fièvre.

Au bout de quatre semaines la sécrétion profonde est minime, la surdité totale et la paralysie faciale ne sont pas modifiées.

4. KAUFMANN. Présentation d'un malade atteint de surdité bilatérale complète trois jours après une chute sur l'occiput. -- J. S. 13 ans, bien portant auparavant, n'ayant jamais eu de maux d'oreilles, entendant bien, glissa le 26 septembre en faisant de la gymnastique, et tomba sur le sol, sur le côté droit de l'occiput; il ne perdit pas connaissance, mais ressentit de vives douleurs de tête et des vertiges; une demi-heure après, accompagné d'un camarade il rentra à son domicile distant de cinq minutes, où il fut pris de vomissements, qui reparurent dans la nuit avec accompagnement de céphalalgie et de vertiges. Les deux jours suivants l'enfant se trouva mieux; l'après-midi du 29 il devint brusquement sourd des deux oreilles. Le 1^{er} octobre le malade se présente à la Clinique de *Politzer*. Il est grand pour son âge, crâne rachitique. Sur l'os pariétal droit, se trouve une tumeur indolore, fluctuante, haute de 2 à 3 centimètres, recouverte de parties molles normales, s'étendant en avant jusqu'à la suture coronaire, au milieu jusqu'à la suture sagittale, à l'extérieur jusqu'au dessus du tube pariétal et en arrière jusqu'à la suture lambdoïde. Les dentelures de cette dernière sont faciles à percevoir et sont recouvertes d'un triangle qui cache l'extrémité inférieure de l'os pariétal sur une étendue de 2 centimètres en longueur, 1 centimètre de large à la base et environ 1/2 centimètre de profondeur. L'épiderme de l'apophyse mastoïde droite est légèrement coloré en vert.

Aucune anomalie du côté du système nerveux, les organes internes sont normaux (ni sucre, ni albumine) ainsi que le fond de l'œil et l'acuité visuelle, léger nystagmus horizontal depuis longtemps. Pavillon de l'oreille et conduit auditif normaux, membrane tympanique rétractée, aucun signe de traumatisme. Surdité complète pour le sifflet, le diapason n'est pas perçu; le malade vacille lorsqu'il tourne les yeux fermés. La ponction

exploratrice au moyen de la seringue de Pravaz fait sourdre de la tumeur fluctuante un liquide sanguin fluide, d'un rouge clair.

En peu de jours le vertige disparut complètement et la tumeur fluctuante se résorba spontanément ; le 8 octobre on ne distinguait plus la partie lésée du pariétal. L'ouïe s'améliora très peu du côté gauche (le malade n'entendait pas la voix) mais le 2 octobre il percevait quelques sons à une distance de 25 centimètres et le 4 il entendait le bruit du sifflet d'une extrémité à l'autre de la chambre. Actuellement à droite le pouvoir auditif atteint 70 centimètres pour les mots, le diapason est partout latéralisé à droite par les os. La durée de perception pour les sons aigus et graves a considérablement diminué. Le traitement consista en iodure de sodium à l'intérieur, injections de pilocarpine et de strychnine.

Il s'agissait donc d'une infraction de l'os pariétal droit avec hématocele et surdité bilatérale complète accompagnée de vertiges.

Vu le siège de la maladie, Kaufmann croit à une affection centrale (temporal, acoustique : capsule interne, corps géniculé, tubercule quadrijumeau) et simultanément une affection bilatérale de la moelle et une fracture de la base du crâne avec lésion des deux temporaux. Selon lui la maladie siègerait dans les deux labyrinthes, et il s'agirait d'une lésion traumatique du labyrinthe, dite commotion labyrinthique, ou d'une affection du labyrinthe consécutive à une commotion cérébrale.

KAUFMANN cite les recherches sur la commotion cérébrale (Ferrari, Duret, Gussenbauer) d'où il résulte que la compression du crâne élastique cause une élévation soudaine de la pression, qui envahit tout le contenu de l'endocrâne, ce qui fait que le liquide cérébro-spinal produit l'effet de vagues s'irradiant dans toutes les directions.

Pour expliquer l'apparition de la surdité trois jours seulement après la chute, K. adopte les opinions de Bollinger, Schman et Michel sur l'apoplexie traumatique (dégénérescence traumatique, nécrose, hémorragies secondaires).

KAUFMANN rappelle les observations d'Urbantschitsch, Politzer, Schwartz, etc. ; les recherches anatomiques de Habermann et les expériences d'Ostmann et il croit qu'il faudra recourir à de nouveaux travaux de physiologie et d'expérimentation pour éclaircir les faits de ce genre.

Discussion.

GRUBER pense qu'il ne faut pas rejeter l'existence d'une fissure de la base du crâne, même si la membrane tympanique est intacte. L'hémorragie labyrinthique peut survenir seulement quelques jours après le traumatisme. Mais dans ce cas cela n'est pas, car le malade recouvre l'audition.

POLITZER adopte l'idée de Gruber mais il se pourrait que la commotion crânienne eut déterminé une hémorragie labyrinthique.

KAUFMANN. Si l'on sait par la littérature, que les fractures de la base du crâne peuvent évoluer sans symptômes graves, chez notre malade l'absence de signes caractéristiques, l'apparition tardive de la surdité et l'amélioration des accidents s'élèvent contre toute idée de fracture de la base du crâne.

GRUBER, contrairement à cette opinion, cite un cas de fracture de la base du crâne présenté à la Société de Médecine autrefois par Weinlechner où les signes étaient si minimes que la malade quitta l'hôpital, mais elle succomba le lendemain. Aussi n'ose-t-il conclure favorablement du cas en question.

5. POLLAK. Désinfection des cathéters. — P. attire l'attention sur la difficulté de bien désinfecter les cathéters dans les grandes cliniques et le danger de propagation des maladies infectieuses. Pour y remédier, P. a fait construire par Reiner, de Vienne, un support spécial, sur lequel les cathéters sont placés au travers d'une plaque de caoutchouc trouée portant des numéros, réservés à chaque malade et conservés dans des liquides antiseptiques.

6. D. KAUFMANN. Présentation de pièces : Otite moyenne suppurée chronique. Manifestations pyémiques. Opération radicale. Ouverture d'un abcès extra-dural. 15 jours après, symptômes de compression cérébrale. Ouverture d'un abcès du lobe temporal droit. Thrombo-phlébite. Méningite. — Pièce provenant d'un jeune homme de 19 ans, ayant souffert étant enfant d'une rougeole et d'une pneumonie. Il ne sait à quelle époque a débuté l'affection auriculaire ni à quoi l'attribuer, mais depuis plusieurs années il entend mal et il s'écoule du pus des deux oreilles. Vers la mi-août il a été saisi d'un violent frisson accompagné de vives douleurs frontales dans et derrière

l'oreille droite. Vertige et vomissements simultanés. Sur le conseil d'un médecin qui constata l'existence de polypes dans l'oreille, le malade vint à Vienne se faire opérer. En route il ressentit de nouveau un frisson et une forte céphalalgie. Il se présenta à la fin d'août à la Clinique de Politzer où l'on constata une otite moyenne suppurée chronique bilatérale avec destruction de la membrane tympanique, gonflement et granulations de la muqueuse de la caisse, suppuration fétide, abaissement du pouvoir auditif pour la voix parlée de 1-2 mètres des deux côtés. Aucune modification de l'apophyse mastoïde. Par suite de la fermeture de la Clinique otologique, le malade entra dans un service de médecine générale (Prof. Drasche). La température s'éleva jusqu'à 39,8 sans frisson, fond de l'œil normal, pas de maladies internes, mais violents maux de tête et vertige, légère sensation compressive sous la pointe de l'apophyse mastoïde droite. Le 3 septembre, on pratiqua l'opération radicale, avec dégagement du sinus. Les parties molles et corticales de l'apophyse mastoïde sont normales. A environ 3/4 de centimètre derrière le méat, le sinus était dégagé. Dans son voisinage se trouve du pus épais, inodore, dont par la pression on fait sortir une quantité dépassant la contenance d'une cuiller à café. Avec la sonde on pénètre par la lacune d'environ 1 centimètre du tegmen mastoïdien dans une cavité sous-durale à parois lisses grande comme une noix. On ne voyait pas la dure-mère à travers l'ouverture. Dégagement du sinus sur toute son étendue par l'apophyse mastoïde, la paroi est normale sauf une portion supérieure colorée en gris-vert sale. Le sinus n'est pas ouvert. L'antre, la cavité tympanique et l'oreille moyenne sont remplis de masses épidermiques (cholestéatomes) humides, d'un gris blanc sale, derrière lesquelles sont des granulations molles des parois osseuses. Pas d'osselets. Fissure de la paroi membraneuse du conduit auditif, suture, pansement iodoformé. Les jours suivants, le malade n'a pas de fièvre, mais il se plaint de violentes céphalalgies, le cinquième jour, la plaie est normale, peu de suppuration lors des pansements successifs. Le 14, les vomissements reprennent, le 18 septembre la température monte brusquement à 38,2, la sensibilité est attaquée. Ralentissement du pouls (54), léger ptosis. Réaction minime des pupilles. Fond de l'œil normal. Pas de raideur de la nuque. Absence de réflexes patellaires. Le malade devant être opéré de nouveau (abcès cérébral extra-dural ?) on le transporte dans le service du Prof. Albert où on intervient en anesthésiant légère-

ment à l'éther (Dr Ewald). Prolongement circulaire de l'incision préexistante vers le haut, à 3 ou 4 centimètres de l'attache du pavillon, l'os de la partie supérieure est divisé, rabattu vers le bas, et la dure-mère du lobe temporal droit dégagée sur ses faces latérales et à la base. Pulsations nettes, un fragment de la surface latérale semble suspect en raison de sa coloration bleuâtre. La dure-mère est incisée et les masses cérébrales apparaissent. On introduit alors un scalpel dans le lobe temporal à environ 3 centimètres de profondeur et en avant. A la pointe de l'instrument perle du pus épais qui ne s'écoule pas malgré l'incision large. On insère dans le canal de la piqure une canule épaisse attachée à une seringue d'environ 5 centimètres et qui, par une aspiration, retire d'une profondeur de 3 centimètres du pus fétide, épais, verdâtre. Le canal est maintenu ouvert par une pince de corne, et il s'écoule encore 10 centimètres de pus. Introduction de gaze iodoformée dans la cavité de l'abcès. Suture de la peau. Pansement. Aussitôt après l'opération, pouls 70, retour de la sensibilité, l'après-midi le malade répond aux questions, demande de l'eau, mais est très agité. 19 septembre. Température 39,6. Grande agitation. Changement de pansement. Prolapsus cérébral gros comme un œuf de poule. L'après-midi on renouvelle de nouveau le pansement que le malade a arraché. On trouve dans le pansement deux fragments cérébraux de la dimension d'œufs de poule. Température vespérale 39,8. 20 septembre. Perte de connaissance, ptosis droit, agitation. Pupilles inégales (dilatée à gauche) ne réagissant pas. Absence de réflexes tendineux. Pouls 160. Température 40. Mort à 10 heures du soir.

Autopsie : Abcès cérébral ichoreux du lobe temporal droit avec perforation du ventricule latéral droit et thrombo-phlébite purulente ichoreuse du sinus sigmoïde droit, méningite purulente subséquente diffuse.

7. KAUFMANN. Préparation de **malformation des deux oreilles**. — Déformation bilatérale des pavillons, absence du conduit auditif, du tympan, difformité des osselets.

(L'observation sera publiée in extenso après examen histologique complet).

8. G. BRUHL parle d'une méthode d'**injection du rocher avec du mercure métallique**. — Les temporaux de nouveau-nés adultes et animaux sont plongés et calcifiés dans une solution d'acide

chlorhydrique de 2 à 10 %, puis après l'occlusion de l'ouverture au moyen d'une éponge, on injecte avec une seringue de Pravaz du mercure à travers la fenêtre ovale ; la trompe de Fallope peut être remplie de la même manière. Pour donner de la transparence aux os, B. a recours au procédé de Katz (*Archiv. f. Ohrenh.* Bd. xxxiv) qu'il modifie en plongeant les préparations dans du xylol. Par l'injection il a évalué le cubage de l'oreille interne à 120 millimètres carrés chez le nouveau-né et 210 millimètres carrés chez l'adulte. Les photographies par les rayons Roentgen fournissent une image exacte du labyrinthe osseux. B. montre une série de reproductions de pièces provenant de nouveau-nés, d'adultes, de singes et de chiens sur lesquelles on distingue nettement les particularités du labyrinthe osseux, et en terminant il adresse ses remerciements à Politzer, Tandler, Buber et Pösch qui l'ont aidé dans ses recherches.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE LARYNGOLOGIE

Séance du 5 novembre 1896 ⁽¹⁾.

Président : Prof. STÖRK.

Secrétaire : M. HAJEK.

1. CHIARI. — **Présentation d'un repli congénital membraneux de la portion glottique postérieure.** (Ce travail paraîtra in-extenso dans la *Wiener klin Woch*).

2. CHIARI. — **Soudure partielle du voile du palais à la paroi pharyngée postérieure. Dégagement opératoire. Massage. Pose d'une lame palatine.** — A la fin de septembre dernier, le Dr Tsakyroglous, de Smyrne, m'adressa une jeune fille de 21 ans qui l'avait consulté trois mois auparavant pour sa surdité. A ce moment T. constata une adhérence presque totale du voile palatin à la paroi postérieure du pharynx ; c'est seulement avec une sonde mince que l'on pouvait arriver par la bouche dans le naso-pharynx en passant derrière la luette. Par des applications répétées du galvano-cautère, T. élargit la communication au

(1) D'après la *Wiener klin Woch*, 26 novembre 1896.

point de pouvoir introduire un doigt en arrière du voile. L'ouverture atteignit 2 centimètres 5 par la dilatation, mais elle se rétrécit bientôt notablement.

Quand je vis la malade pour la première fois, elle portait des cicatrices étranglées et rayonnantes sur la paroi pharyngée postérieure jusqu'à l'orifice du larynx, et le voile palatin était violemment rétracté en arrière, rétrécissant la paroi du pharynx. Les deux voûtes palatines postérieures étaient fort épaissies (surtout la droite) et soudées à la paroi pharyngée postérieure sur une grande étendue. Derrière la luette existait une fente étroite dans laquelle j'introduisis après quelques efforts le crochet de Voltolini (large d'environ 1 cm. 5). Mais ce fut à peine si le voile s'écarta de la paroi pharyngée postérieure qui était le siège de marques cicatricielles épaisses à droite. Le 30 septembre je séparai avec le galvano-cantère les cicatrices et pus introduire l'index dans le pharynx nasal ou je décollai quelques agglutinations. Le voile s'épaissit et se fortifia par là. Par cette intervention la malade recouvra la respiration nasale, puis j'introduisis un gros tampon de gaze iodoformée dans le naso-pharynx et le laissai en place durant 5 heures quotidiennement jusqu'au 6 octobre. Depuis ce jour, jusqu'au 26 octobre, je dilatai tous les jours les cicatrices et je massai le voile en introduisant alternativement l'index de la main droite et de la main gauche dans le pharynx nasal. J'aplanis ainsi l'angle existant entre le voile et la paroi pharyngée latérale, tandis que par le doigt je faisais disparaître les agglutinations et dilatai le voile en l'écartant de la paroi postérieure sur laquelle j'appuyai et que je râclai de façon que les infiltrations finirent par se résorber. Le 26 octobre le voile était à une distance de 1 centimètre de la paroi pharyngée postérieure et on pouvait le dilater avec le doigt.

Afin d'obtenir un résultat durable, je fis construire par le O. ZSIGMONDY une pelote de caoutchouc durci que l'on introduisit derrière le voile et qui fut attachée à une lame palatine par un fort crochet d'or en spirale. Cette pelote mesure 3 centimètres de large de manière à atteindre les angles latéraux situés derrière le voile et s'opposer ainsi aux adhérences. Elle a également 3 millimètres d'épaisseur et 1 centimètre 5 de haut.

Lorsque la malade quitta Vienne, je lui recommandai de porter cette pelote plusieurs heures par jour ; de plus son médecin doit pendant quelques semaines continuer le massage et la dilatation du voile afin de prolonger l'heureux résultat du traitement.

Je parlerai brièvement des méthodes de traitement employées par d'autres auteurs qui sont toutes à peu près analogues, car elles tendent toujours à séparer les bords du voile de la paroi pharyngée. Dieffenbach, Dzondi, Kuhn, Lieven, Fraenkel et Cooper effectuaient l'opération en une fois, et même le dernier laissait adhérer une portion du voile à la paroi pharyngienne. Hajek, M. Schmidt et Lublinski réclament plusieurs séances, voulant d'abord laisser les cicatrices se dilater. Hajek en particulier a été très satisfait de ce procédé.

Le point difficile n'est pas d'établir une communication mais de la maintenir après la cicatrisation des parties incisées par le couteau, le ciseau ou le galvano-cautère. Pour maintenir l'ouverture et séparer le voile de la paroi pharyngée postérieure, on a recours à des tampons, des lames de plomb (Albertin) ou de caoutchouc (Hajek), aux crochets palatins, aux canules pharyngiennes, attachées à la lame palatine, par une agrafe en spirale.

J'ai adopté cette dernière préconisée par C. Schmidt, de Dusseldorf, car elle permet au malade d'introduire lui-même son appareil, mais j'ai remplacé la canule par une lame. Dans ces derniers temps, Hajek a employé un dilateur ressemblant au spéculum nasal de Fraenkel. Consécutivement je cherchai à combattre la rétractilité du voile par le massage et la dilatation au moyen de l'index. Ces manœuvres doivent cesser seulement lorsqu'on remarque des tendances à l'atrophie.

Discussion.

Hajek montre un instrument qu'il emploie depuis quelque temps pour enrayer la soudure du voile palatin ; il est copié sur le spéculum nasal de B. Fraenkel, mais plus grand. On ferme l'instrument, puis on l'introduit derrière le voile du palais comme un relève luette, alors on écarte les branches et la dilatation s'effectue latéralement. Le malade peut apprendre à manier lui-même l'instrument. Il suffit d'une application d'une à deux minutes pour obtenir la dilatation désirée. M. Schmidt a présenté à la réunion des naturalistes de Francfort un malade soigné avec succès par cette méthode.

GROSSMANN accorde la préférence à la dilatation digitale, car l'instrument peut provoquer aisément des déchirures, de nouvelles cicatrices et une destruction syphilitique.

Hajek répond qu'on ne dégage le voile qu'après s'être assuré

qu'il n'y a pas de récédive, ce dont on est certain au bout de deux ou trois ans. Si, au contraire, il survient une récédive, on n'opérera pas même si le naso-pharynx est clos. On évite facilement d'arracher les cicatrices en procédant avec précaution, car le contrôle oculaire et la tension ressentie dans le pharynx par le malade suffisent à parer à cet accident.

CHIARI fait remarquer que l'on opère seulement quand la syphilis est absolument guérie, et que l'on cherche d'abord à réussir par l'insertion d'un appareil ou la dilatation et le massage à l'aide du doigt. Il faut naturellement agir avec douceur. Tout en reconnaissant la valeur des instruments, Chiari recommande encore chaudement le massage.

3. KOSCHIER présente un enfant de 7 ans qui fut amené à la Clinique le 15 octobre pour une **sténose laryngée** très prononcée, provoquée par un os d'oie plat et triangulaire avalé 14 jours auparavant par le malade et dont une pointe avait pénétré dans la région pétiolaire tandis que les deux autres étaient enclavées dans le sinus de Morgagni, atteignant les cordes vocales et obstruant presque complètement l'orifice du larynx. En raison de l'indocilité de l'enfant, on eut beaucoup de mal à retirer l'os avec une forte pince laryngienne. Les symptômes de sténose disparurent. Six jours après on remarqua au niveau du pédicule épiglottique un gonflement très rouge qui par ses dimensions provoqua de nouveau la sténose et fut pris pour un abcès ; on l'incisa deux jours plus tard, et il s'écoula une grande quantité de pus, alors la sténose rétrocéda de nouveau. L'incision de l'abcès fut suivie au bout de deux jours de la formation à la même place d'une tumeur qui ne rendit pas de pus lors d'ouvertures réitérées. La sténose augmentant toujours, il fallut pratiquer d'urgence la trachéotomie. Le malade est en voie de guérison, la tuméfaction de la région pétiolaire a diminué notablement et l'enfant peut respirer un certain temps en fermant sa canule. Il s'agit ici vraisemblablement d'un abcès de la région pétiolaire dû à ce que l'extrémité acérée de l'os pénétrait dans la muqueuse et y demeura longtemps. La tumeur survenue après l'abcès et ne contenant pas de pus doit être considérée simplement comme un phénomène de réaction. L'os lui-même affecte la forme d'un triangle dont les parties latérales mesurent 18 millimètres.

KOSCHIER montre une préparation anatomique de **scélérose du nez, du pharynx et du larynx** avec infiltration tuberculeuse des

deux cartilages aryténoïdes (publié intégralement dans la *Wiener klin. Woch.* N° 42, 1896).

4. G. SCHEFF. — Présentation d'un **kyste dentaire**. — Pièce provenant d'une malade qui vint trouver l'auteur en accusant une sensation de pression dans la moitié gauche du visage et d'une occlusion de la narine gauche. A l'extérieur la partie gauche de la face était à peine enflée. A l'examen du nez, on trouva une hyperplasie marquée du corps caverneux des cornets, tant moyens qu'inférieurs. Il ne s'échappait pas de pus du nez et avec le miroir on ne découvrait rien.

En inspectant la bouche de la malade qui était de complexion faible et lymphatique, on s'aperçut que la plupart des dents étaient cariées. Au maxillaire supérieur au-dessus de la première molaire gauche existait une ectasie grosse comme une noix, fluctuante et rendant au toucher le bruit de papier caractéristique. Par l'éclairage on vit l'ombre bien connue sur le bord inférieur de l'orbite et la pupille demeura obscure. Aussi malgré l'absence de suppuration nasale on songea à un empyème de l'antre d'Highmore, tirant probablement son origine de la première molaire gâtée. J'entrepris d'abord l'extraction des racines séparées de la première molaire en commençant par la postéro-extérieure et ensuite l'antérieure, la troisième racine interne demeura en place. Si l'on regarde les deux racines, on distingue à l'extrémité de la première racine extraite un petit appendice nasal, que Malassez a décrit sous le nom de fongosité radiculodentaire, qui, ainsi que je l'ai expliqué dans mon travail sur l'empyème, renferme souvent des cavités formant des replis et marque le début de la formation de kystes. A la racine, on voit pendre un sac gros comme un noyau de cerise qui a été déchiré lors de l'extraction et vidé de son contenu purulent. Ce sac ressemble à un kyste dentaire d'une dimension rare qui remplissait une grande partie du sinus maxillaire gauche, ainsi qu'on le vit par le sondage pratiqué pour compléter l'examen.

Le développement de ces kystes, leur importance microscopique et la manière dont ils pénètrent dans l'antre d'Highmore ont été longuement exposés dans mon article sur l'empyème.

Les D^{rs} WEIL, HAJEK ET SCHEFF prennent part à la discussion qui suit cette communication.

5. EBSTEIN présente quatre cas de **scélérome des voies aériennes supérieures**. — Homme de 46 ans atteint d'altérations de l'exté-

rieur du nez et de la lèvre supérieure. Des tumeurs bosselées de couleur rouge et d'une dureté caractéristique siègent à l'entrée du nez, le déforment, obstruent complètement l'orifice et donnent à la lèvre supérieure un aspect de rhinosclérome. Dans le pharynx nasal, on observe une sténose concentrique des choanes, le pharynx et le larynx sont normaux.

Chez C. G., âgée de 35 ans, le vestibule nasal est envahi des deux côtés par des infiltrations rougeâtres dures qui retirent toute perméabilité à la narine gauche. De plus, il existe un rétrécissement concentrique prononcé des choanes, et une fixation du voile palatin à la paroi pharyngée postérieure. Un fait caractéristique est que les infiltrations cartilagineuses existant sur deux points ont été suivies de l'effondrement des arcades. Larynx normal.

J. W. âgée de 32 ans est affectée d'une violente atrophie nasale, le pharynx nasal et le pharynx sont encombrés de cicatrices. Le pharynx est profondément atteint. La muqueuse du cartilage aryténoïde, les ventricules, la surface laryngée de l'épiglotte sont infiltrés, les cordes vocales transformées en tubes cylindriques qui se soudent au tiers antérieur. La trachée est indemne.

L'observation la plus intéressante concerne une femme de 49 ans, A. K. Depuis le mois de juin dernier, elle présentait comme signe principal un bourrelet laryngien sous-cordal et de la difficulté à respirer qui n'était attribuable ni à la dimension du bourrelet, ni à la petite ulcération siégeant au sixième anneau trachéal en avant. On conclut qu'il existait dans les parties trachéales profondes invisibles, sans doute au début des bronches, une infiltration importante. Cette hypothèse fut confirmée par la trachéotomie profonde effectuée le 7 juillet, bien que l'application d'une canule très longue n'ait pas amélioré la respiration. Le pronostic était défavorable. Après la cessation d'une forte bronchite, on constate depuis ces deux derniers mois un mieux persistant. Les bourrelets sont devenus des cicatrices planes et il en doit être de même des infiltrations profondes, car la respiration est plus libre. Ce cas est remarquable par le siège de l'affection et le fait que l'atrophie cicatricielle des infiltrations provoquait des symptômes de sténose.

BIBLIOGRAPHIE

Comment on peut apprendre à parler à un jeune semi-idiot, non sourd-muet de naissance, par A. BOYER, professeur agrégé à l'Institution nationale des Sourds-muets de Paris (G. Carré et Naud, éditeurs, Paris, 1896).

Cette étude, écrite par un de nos plus savants professeurs de l'Institution nationale des Sourds-muets, dont on connaît les nombreux et intéressants travaux, mérite une attention toute particulière. Elle confirme pleinement les idées que mon collaborateur, le D^r L. Couétoux (de Nantes) et moi avons émises dans notre « Manuel pratique de l'Enseignement des enfants anormaux », question encore trop ignorée et trop négligée.

Voici d'abord le résumé de l'observation relatée par M. le professeur Boyer.

Il s'agit d'un garçon âgé de 10 ans, admis, en 1894, à l'Institution nationale des Sourds-muets.

D'après les renseignements fournis par la famille, il serait devenu sourd et muet à l'âge de 2 ans, à la suite de convulsions ; de plus, avant cette maladie il aurait à peine fait usage de la parole, de telle sorte qu'on peut le considérer comme n'ayant jamais parlé.

L'examen attentif de cet enfant démontra d'abord que s'il ne parlait pas, en revanche, il était doué d'un degré d'audition *tout à fait voisin de l'état normal*, et ensuite qu'il devait être considéré, physiquement et intellectuellement, comme un demi-idiot.

Avant son entrée à l'Institution nationale, il avait fréquenté une école ordinaire sans avoir pu même apprendre à tracer les lettres alphabétiques ou à copier les dessins les plus rudimentaires.

Il ne s'exprimait que par des sons inintelligibles et au moyen des gestes naturels.

M. le professeur Boyer n'hésita pas à entreprendre l'éducation d'un tel sujet, et appliquant les principes de la méthode physiologique, il est arrivé en deux ans à le faire parler nettement et

correctement et à développer considérablement ses facultés intellectuelles.

J'ai pu vérifier moi-même ces résultats en interrogeant cet enfant dans la classe de M. le professeur Boyer, et je suis heureux de l'occasion qui m'est offerte ici pour le remercier bien sincèrement de l'accueil si cordial qu'il m'a fait et des renseignements précieux qu'il m'a si aimablement fournis.

En résumé, voici un enfant muet par insuffisance de développement intellectuel. En deux ans, sous l'influence d'une méthode rationnelle, basée sur les principes physiologiques scientifiquement appliqués, cet enfant est devenu capable de parler, et, qui plus est, de penser, de réfléchir, d'étudier et de s'instruire presque comme un enfant normal.

Dans quelques années, au lieu d'être resté idiot, il deviendra un jeune homme possédant une bonne instruction primaire, connaissant un métier, et sortira de l'Institution nationale en état de travailler, d'être utile à lui-même et à la société.

Tel est le fait.

Il s'en dégage plusieurs enseignements que je crois utile de bien mettre en lumière.

D'abord, comment se fait-il que cet enfant *muet par idiotie, mais non sourd*, ait été envoyé dans une Institution de Sourds-muets ?

Parmi les pièces officielles nécessaires à son admission, figure un certificat médical où le médecin doit affirmer *que l'enfant jouit de la plénitude de ses facultés intellectuelles et qu'il est apte à tous les travaux dont les sourds-muets sont capables*, puis consigner *quel est exactement le degré de l'infirmité de surdi-mutité et quelles en sont les causes*.

Il est bien évident que ce certificat obligatoire a dû être délivré par un médecin dans ce cas, comme cela a lieu, du reste, pour tous les autres.

Je n'insiste pas sur l'erreur de diagnostic manifeste qu'il devait contenir. Mais je ferai remarquer que ces erreurs sont bien plus fréquentes qu'on ne le suppose, et je puis affirmer qu'il n'y a certainement pas en France à l'heure actuelle, une institution de Sourds-muets où il ne se trouve un ou plusieurs enfants semblables à l'enfant en question.

Ce fait s'explique facilement puisque la grande majorité des médecins ignorent tout ce qui concerne les enfants anormaux, et l'on ne saurait leur en faire un reproche, car ce sujet est en dehors du programme des études de nos Facultés.

Il relève cependant de la médecine puisque l'infirmité appartient à la pathologie et que son traitement n'est que la conséquence de nos connaissances physiologiques.

En second lieu, cette observation démontre, une fois de plus, la possibilité de rendre la parole à l'idiot entendant, de l'éduquer, de l'instruire, en un mot, d'en faire un homme ordinaire. Cette découverte ne date pas d'aujourd'hui; elle date du commencement du siècle et se trouve magistralement exposé dans les œuvres de Séguin que personne ne connaîtrait encore, si M. le Dr Bourneville ne les avait rééditées et signalées de nouveau à l'attention du public médical.

Depuis 1879, à l'hospice de Bicêtre, il continue cette œuvre en la perfectionnant, et ceux qui voudront apprécier les succès remarquables qu'il y obtient chaque jour, n'ont qu'à aller visiter son service unique en France.

Cette possibilité d'instruire l'enfant idiot, crée la nécessité de le faire. Il n'existe aucune statistique même approximative du nombre des idiots. Sans risquer de se tromper, on peut dire qu'il y en a au moins 100 000 en France. Avec les progrès de l'alcoolisme, les cas d'idiotie vont en augmentant chaque année. Le seul document officiel qui puisse nous donner quelques renseignements est le tableau des motifs d'exemption pour le service militaire publié par le ministre de la guerre. On y constate que le nombre des jeunes gens de 20 ans exemptés pour idiotie était, en 1887, de 611; en 1892, il était de 1 333, c'est-à-dire plus du double.

Depuis 100 ans, l'éducation des sourds-muets et des aveugles a été organisée, étudiée, perfectionnée. Malgré les travaux de Séguin, les projets soumis au Parlement par le Dr Bourneville, rien n'a été fait pour l'idiot.

Peut-être, dans un lointain avenir, cette question, beaucoup plus importante au point de vue social qu'on ne semble le croire, sera-t-elle à l'ordre du jour.

En attendant, à défaut d'institutions spéciales pour les idiots il serait à souhaiter que tout au moins les enfants présentant la même infirmité que celui qui fait l'objet de cette étude, fussent admis dans les établissements de sourds-muets à la condition d'en confier l'éducation seulement à des professeurs capables, dûment patentés et nommés au concours.

Telles sont les principales considérations qui se dégagent logiquement du très intéressant travail de M. le professeur Boyer.

H. DU F.

Des indications de l'ouverture de la mastoïde dans les otites moyennes suppurées aiguës, par SEGUIN (Thèse de Bordeaux, juin 1896).

L'ouverture hâtive de l'apophyse n'a que des avantages et peut prévenir des complications mortelles.

La présence du pus se traduit par des symptômes extérieurs : douleurs, variant avec l'issue ou la rétention de pus ; gonflement et fluctuation de la région rétro-auriculaire ; affaissement de la paroi postéro-supérieure ; névrite optique ; signes de complications cérébrales... Mais il existe d'autres indications très utilisables, isolées d'ailleurs ou associées.

Ce sont : a. *La douleur* ; surtout par pression au-dessus de la spina, et des douleurs spontanées *sur l'os*, atroces rebelles, partant du même point, s'accompagnant d'insomnie, délire, cauchemars.

b. *L'abondance de l'écoulement*, surtout s'il ne s'amende pas notablement après un traitement sérieux de huit jours.

c. La submatité et surtout la *matité* absolue à la percussion.

d. *Le défaut d'éclairage par transparence* de l'apophyse.

e. *La diminution* marquée des vibrations du diapason perçues du côté malade.

Ces trois derniers signes ne sont d'ailleurs point caractéristiques, mais joints aux précédents, ils donnent des indications qui, pour n'être pas d'urgence immédiate, n'en sont pas moins fort utiles à interpréter pour intervenir d'assez bonne heure.

H. RIPAUT.

Du myxo-sarcôme des fosses nasales, complications oculaires, par DUPONT (Thèse de Lyon, Décembre 1895).

Le myxo-sarcôme est un myxôme dégénéré, caractérisé par une abondance de jeunes cellules, et un tissu connectif et myxoïde relativement peu développé ; c'est donc un myxôme embryonnaire. Il est représenté par des masses nombreuses et volumineuses, d'aspect et insertion rappelant ceux du myxôme, mais à points d'implantation disséminés un peu partout, enfin saignant abondamment par le moindre traumatisme.

La tumeur se caractérise par une marche rapidement extensive, envahissante ; elle pousse des prolongements un peu partout, détermine des phénomènes de compression, refoulant les os, disloquant les articulations ; mais ne s'infiltrant pas dans les organes voisins, et n'altérant pas les téguments sus-jacents.

Malgré son développement, la tumeur finit par se limiter aux fosses nasales et cavités adjacentes et devient stationnaire ; pas d'envahissement ganglionnaire, ni jamais d'état cachectique. Cette variété de tumeur tient donc le milieu entre les tumeurs malignes (sa marche) et les tumeurs bénignes (autres caractères) ; les récidives sont rapides et tenaces.

La tumeur intra-nasale peut déterminer des troubles oculaires inflammatoires ou réflexes : hyperémie du globe, œdème et spasme des paupières ; asthénopie larmoiement... souvent précoce ; mais elle en déterminera de bien plus accusés quand elle aura pénétré dans l'orbite au niveau de sa face interne (3 observations).

Alors on observe le déplacement en avant mais surtout en dehors du globe, mais sans diplopie ni diminution de motilité ; souvent sans trouble notable de la vision, sauf s'il se produit une névrite par compression. La tuméfaction, située au grand angle de l'œil offre la mollesse et l'élasticité du myxôme.

Ces troubles de compression disparaissent en général aussitôt après l'ablation.

Celle-ci doit être bien complète : ostéotomie avec rabattement du nez (procédé d'Ollier) ; curettage soigné ; les récidives, précoces, seront surveillées et réprimées, mais jamais par des demi-interventions.

Le pronostic, quoique non absolument grave, doit être cependant très réservé (phénomènes de compression ; récidives). Le diagnostic doit être posé avec les tumeurs bénignes, dont le m. s. n'a ni les allures, ni souvent les caractères physiques spéciaux, et avec les tumeurs malignes : sarcomes épithéliomas, où il s'agit plutôt de tumeurs uniques, peu mobiles, s'ulcérant, et finissant par contracter des adhérences avec les organes voisins et s'infiltrer en eux ; enfin altérant l'état général à un moment donné.

RIPAULT.

De la mucocèle du sinus frontal à évolution orbitaire, par BOEL
(Thèse de Lyon, juillet 1896).

Le sinus distendu par un abondant exsudat muqueux cède, généralement en son point faible, paroi orbitaire, et la mucocèle orbitaire est constituée.

L'auteur rejette les imperforations du canal frontal et les troubles de sécrétion de la muqueuse ; il admet l'infection atténuée (catarrhale) mais prolongée, amenant l'occlusion persistante du

canal d'excrétion. Au moment où le sinus cède, il se forme à l'angle supéro-interne de l'orbite une tumeur qui élargit la racine du nez, détermine de la ptose palpébrale et dévie plus ou moins l'œil en bas et en dehors.

La peau reste normale ; la tumeur molle et fluctuante, est irréductible et libre de toute adhérence sauf à sa base, où l'on peut même sentir l'usure de l'os et sa perforation ; la ponction retire un liquide blanc jaunâtre, visqueux.

La tumeur abandonnée à elle-même, peut refouler l'œil de plus en plus, et d'autre part se transformer en empyème (complications).

L'étude attentive de ces signes physiques, et les commémoratifs (modifications brusques dans l'écoulement nasal ; névralgies sus-orbitaires), feront distinguer la tumeur des méningocèles, kystes dermoïdes ou hydatiques, tumeurs vasculaires et solides, mucocèle du sac lacrymal.

La tumeur orbitaire doit être largement incisée, puis le sinus largement ouvert sur sa paroi antérieure ; la muqueuse curettée avec soin, le canal frontal cathétérisé ; enfin le drainage assuré par un double drain orbitaire et frontal ; retiré lorsque les lavages ne ramènent plus de mucosités.

Le cathétérisme est un procédé long, insuffisant et souvent impossible ; l'ouverture orbitaire seule, suivie de drainage, expose le plus souvent à des fistules consécutives. RIPAULT.

Les maladies du cerveau et de ses annexes comme conséquences des suppurations nasales, par R. DREYFUSS (de Strasbourg, Iéna, 1896, Fischer, éditeur).

Dans ce travail d'une centaine de pages, l'auteur a réuni toutes les observations qu'il a pu trouver éparées dans diverses publications concernant des suppurations nasales compliquées d'accidents méningés ou cérébraux presque toujours mortels ; nous y voyons trois cas de méningite, de phlébite ophtalmique avec méningite, de thrombose des sinus avec pyohémie à la suite de cautérisations de la muqueuse nasale, quatre cas mortels dus à l'ablation de polypes muqueux, sept observations de suppurations cérébrales ou méningées se liant à l'empyème de l'antre d'Highmore, vingt-cinq cas se rapportant à la suppuration du sinus frontal, dix sont liés à l'inflammation des cellules ethmoïdales, treize à celle du sinus sphénoïdal ; enfin un certain nombre d'observations extrêmement instructives qui établissent les rapports de cause à effet entre les rhinites infectieuses plus ou

moins intenses et la méningite dite primitive, la méningite cérébro-spinale, les abcès dits idiopathiques du cerveau souvent si éloignés du premier accident que le lien clinique disparaît, tandis qu'on retrouve à l'autopsie des adhérences, des vestiges d'inflammation au niveau de la lame criblée, du sinus frontal ou ailleurs. L'auteur expose également ce qu'on sait et ce qu'on suppose quant aux voies suivies par l'inflammation, fissures osseuses, veines et lymphatiques.

M. N. W.

Des ulcérations bucco-linguales dans la fièvre typhoïde : leur valeur pronostique, par FOHANNO (Thèse de Lyon, décembre 95).

Ces lésions occupent surtout le 1/3 inférieur des piliers antérieurs ; puis les bords de la langue au voisinage de ces piliers ; plus rarement la pointe et son voisinage, la face antérieure du voile, enfin les piliers postérieurs. Taillées à pic, ovalaires, à fond gris-jaunâtres, elles sont très superficielles, et leurs dimensions ne dépassent pas un centimètre à un centimètre 1/2.

Elles n'ont pas de caractéristique séméiologique, n'éveillant que rarement une douleur de gorge un peu vive, et ne s'accompagnant pas de dysphagie, ni d'adénopathie. Elles apparaissent ordinairement du huitième au douzième jour, mais peuvent être très précoces.

Elles disparaissent toujours à la convalescence, et s'il y a rechute, se cicatrisent dès que la fièvre est définitivement tombée.

On les observe à une période où généralement les symptômes typhiques font faire le diagnostic ; et se différencient vite des ulcérations syphilitiques ou tuberculeuses ou aphteuses : ces dernières, douloureuses, siègent toujours plus en avant.

Le traitement consiste en antiseptiques légers ; s'abstenir de toute cautérisation.

Les lésions sont absolument superficielles, mais il existe une zone inflammatoire et une infiltration de leucocytes dans toute la muqueuse ambiante ; on n'observe pas d'altération vasculaire, ni on ne trouve de lésion lymphoïde à leur niveau. Au point de vue étiologique, un traumatisme même léger : présence d'un chicot, pression de la langue, paraît influencer, à n'en pas douter, sur leur production.

RIPAULT.

Actinomycose néoplasique limitée, par DUCOR (Paris 1896).

L'actinomycose est une affection parasitaire, due à un champignon rayonné : actinomycosis bovis, constitué par un mycelium

touffu, se terminant par des renflements en massue, et représenté au point de vue clinique par de petits grains jaunes, plus rarement rougeâtres ou gris-noirâtres, s'altérant très rapidement.

Ce champignon se transmet à l'homme par inoculations directes (épis : paille) ; le contagé par les animaux ou les viandes infectées est peu probable. Les lésions atteignent les maxillaires, les téguments de la face, du cou, les viscères abdominaux ou thoraciques et peuvent simuler la tuberculose, la syphilis, le cancer... ; l'affection est de longue durée, et peut guérir même spontanément, la mort peut aussi survenir du fait du marasme ou de complications graves, si l'affection n'est pas soignée à temps.

Dans le cas du Dr Ducor, il s'agit d'une malade portant depuis 8 ans une tumeur bizarre et énorme ; ne répondant pas à un type clinique net ; à la fois néoplasique et inflammatoire, occupant le maxillaire inférieur droit.

Cette tumeur, dure par places, ramollie en d'autres, s'ouvrait par un grand nombre de fins trajets fistuleux, laissant couler une matière purulente, glaireuse, sans odeur, dans laquelle on finit par reconnaître les grains caractéristiques ; il n'existait pas d'adénopathie comme c'est l'habitude dans ces affections parasitaires ; le trismus était très marqué et datait du début ; il existait des crises douloureuses intermittentes ; au niveau de la partie d'os atteinte, plusieurs dents avaient été ébranlées, puis arrachées ; l'état général était très affecté par suite de la longue durée de l'affection, et surtout de la suppuration.

Le Dr Ducor reconnut l'affection à la nature et à l'examen des sécrétions ; celle-ci avait été prise pour un sarcome par les uns ; pour une maladie polykystique de la mâchoire par d'autres. Le traitement consista en l'administration prolongée d'iodure de potassium à la dose de 3 grammes pro die et de toniques ; localement en injections iodées. Plus tard, les lésions osseuses, très anciennes, et donnant lieu à de graves hémorrhagies furent traitées par l'ablation et le grattage des masses polykystiques de l'os, suivi de tamponnement.

La guérison survint, définitive, quelque temps après, sans qu'il eut été nécessaire de pratiquer l'hémi-résection du maxillaire, conseillée.

RIPAULT.

Contribution à l'étude de la stomatite impétigineuse et en particulier de ses accidents laryngés, par VALLET (Thèse de Bordeaux, novembre 1895).

La stomatite impétigineuse provient de l'inoculation d'une

éruption cutanée aiguë ; elle est caractérisée par des ulcérations peu étendues, à bords nets, recouvertes de pseudo-membranes diphthéroïdes et très adhérentes, rarement confluentes, occupant les bords et la pointe de la langue ; le sillon gingival, la face interne des joues, rarement l'isthme du gosier et le pharynx ; cette éruption s'accompagne de quelques phénomènes généraux.

Elle se complique dans un assez bon nombre de cas de manifestations laryngées : enrouement, toux, même un peu de tirage ; pouvant rappeler la diphthérie laryngée, ne s'accompagnant que de rougeur, sans fausse-membrane, de l'intérieur de la cavité laryngée et du pharynx. Ces accidents apparaissent, en général, vers le quatrième jour de la stomatite, et ne durent que deux à trois jours.

Le diagnostic de la stomatite doit se faire avec toutes les stomatites où existent des ulcérations tapissées de fausses membranes, et surtout la diphthérie buccale ; le diagnostic ne peut en être posé à coup sûr que par l'examen bactériologique, montrant le staphylocoque blanc et surtout doré.

Le traitement sera d'abord prophylactique : empêcher l'inoculation buccale due au grattage, puis à la succion des doigts ; puis curatif : lavages et collutoires antiseptiques ; pulvérisations.

Dans le cas d'accidents laryngés, avant même que le diagnostic bactériologique soit posé, employer le sérum de Roux préventivement.

H. RIPAUT.

De l'examen externe dans les affections du larynx, par CLUZEL (Thèse de Toulouse, juillet 1896).

Dans les cas où le laryngoscope n'est pas applicable, l'exploration externe et l'étude des signes fonctionnels peuvent donner d'utiles renseignements pour un diagnostic immédiat ; et venir en aide dans certaines circonstances même à l'examen direct par le miroir.

A l'inspection du cou : on constate les déformations extra-laryngées (goitres ; kystes congénitaux ; fistules ; hypertrophies ganglionnaires, susceptibles de dégénérer en véritable fungus), ou se rattachant au larynx lui-même (médiocres dans l'épithélioma ; plus marquées dans le sarcome), enfin les tumeurs gazeuses qu'on peut voir se tendre par les efforts et l'expiration. Gerhardt a noté les mouvements d'ascension et de descente du larynx très marqués dans les sténoses de cet organe ; beaucoup moins dans les sténoses trachéales ; à peu près nuls dans l'insuffisance de l'appareil pulmonaire seul.

A l'inspection du thorax : on constate le tirage (avec ses dépressions caractéristiques) propre à la dyspnée laryngo-trachéale, et d'ordinaire accompagné de crises paroxystiques de suffocation : chez l'adulte, il y a lieu de tenir compte de la dyspnée survenant dans certaines positions (tumeurs).

La palpation permet de reconnaître les inflammations péri-laryngées, suppurées ou non (périchondrites ; adénites) ; les déviations de l'organe vocal ; ses déformations dans les cas de tumeur « la carapace de homard » ; la crépitation cartilagineuse dans les nécroses des cartilages et les fractures ; enfin les adénopathies précoces, surtout dans les cancers du pharynx et du vestibule laryngien ; l'engorgement du ganglion de Poirier a été vu de bonne heure dans certains épithéliomas inférieurs du larynx. Dans certains rétrécissements, on perçoit nettement un frémissement inspiratoire (larynx) ou expiratoire (trachée). Dans l'anévrysme aortique : des battements, synchrones au pouls, sont nettement transmis à la trachée (Mac Donnell). Les vibrations vocales, mal ou non perçues, au niveau d'une ou des lames du thyroïde, font soupçonner, souvent à juste titre, la paralysie récurrentielle.

Dans le cas de paralysie du laryngé supérieur, on ne sent plus se tendre le ou les muscles crico-thyroïdiens ; et le thyroïde ne bascule plus sur le cricoïde.

A l'auscultation : on peut percevoir un bruit de frottement dans quelques cas de tumeurs mobiles ; ce qu'on entend surtout, c'est le stridor inspiratoire, et le cornage, à distance, quand la sténose est très marquée. Dans les cas de tumeurs, l'auteur rappelle enfin, avec Mackenzie, que la difficulté de l'inspiration fait plutôt penser à une tumeur sus-glottique, et celle de l'expiration à une tumeur sous-glottique. Une étude de séméiologie de la toux, et surtout de la voix, concise mais claire et complète, termine cette thèse, qui constitue une revue générale dont la lecture n'est pas sans profit. H. RIPAUT.

Contribution à l'étude de l'urticaire des voies respiratoires, par DELBREL (Thèse de Bordeaux, juin 1896).

L'urticaire peut frapper la muqueuse laryngo-bronchique comme les autres muqueuses, et même plus souvent qu'on ne le croit.

L'étiologie est la même que celle invoquée pour l'urticaire cutanée ; une inflammation préexistante des voies respiratoires y prédispose.

Les accidents observés relèvent de l'irritation des filets termi-

naux du vague et de l'œdème glottique vaso-moteur. Les troubles respiratoires peuvent succéder à l'éruption, ou la précéder ; parfois exister longtemps isolément, et sans relation apparente.

Les accidents débutent brusquement et violemment, commençant parfois par le nez, la bouche, le pharynx ; ils se caractérisent par des accès répétés de suffocation avec quintes de toux, coqueluchoïde souvent, faisant penser tantôt à l'œdème de la glotte, tantôt à une crise d'asthme.

Il existe une sensation pénible d'étouffement ; parfois des troubles vocaux ; des râles passagers à l'auscultation ; enfin la fièvre n'est pas rare.

Les récidives sont très fréquentes ; mais la gravité du mal est presque toujours plus apparente que réelle.

En dehors de l'éruption caractéristique et des commémoratifs, le diagnostic avec les diverses affections laryngo-bronchiques, s'accompagnant de suffocation, est des plus délicat.

Le traitement est basé sur le balancement remarquable avec l'éruption cutanée ; il consistera donc à rappeler immédiatement cette dernière ; puis à employer le jaborandi, le benjoin, les antispasmodiques ; le tubage sera employé *in extremis* dans des cas particulièrement graves.

Le traitement général s'adressera au terrain arthritique et aux fonctions digestives.

H. RIPAUT.

Des indications de la trachéotomie dans le cancer du larynx, par OUDARD (Thèse de Bordeaux, mai 1896).

La trachéotomie est une opération palliative ; mais souvent la seule possible à la période où vient consulter le malade.

Toute grande intervention sur le larynx doit être précédée de trachéotomie, qui constitue une soupape de sûreté contre les accidents asphyxiques post-opératoires.

La trachéotomie a ses indications propres : tirées de l'asphyxie rapide par accès de spasme, développement rapide de la tumeur, envahissement de la glotte, enfin adénite cervicale d'allure aiguë ; d'autre part de l'état général du sujet : le patient trachéotomisé se cachectise plus tardivement ; l'évolution du néoplasme se ralentit parfois.

On ne doit pas faire l'intercricothyrotomie ; mais la trachéotomie aussi bas que possible, et en prenant de grandes précautions pour l'hémostase avant d'ouvrir la trachée.

Le chloroforme peut être employé, mais vu le mauvais fonctionnement respiratoire, n'est pas sans dangers ; aussi l'injection de cocaïne pourra-t-elle souvent lui être substituée. H. RIPAUT.

ANALYSES

I. — OREILLE

Syphilis de l'oreille externe, par A. BRUCK (*Berlin. klin. Woch.* p. 160, n° 8, 24 février 1896).

Les affections syphilitiques du labyrinthe sont remarquablement fréquentes : formes tardives, associées parfois à des lésions catarrhales ou suppurées de la caisse ; elles sont exceptionnelles dans la période secondaire. Il en est tout autrement pour l'oreille externe, au niveau de laquelle les lésions tertiaires sont exceptionnelles, les secondaires relativement fréquentes.

Relativement parce que, comme manifestations syphilitiques, elles sont assez rares. Sur 1 200 syphilitiques, Després ne vit que cinq fois des condylomes du conduit, et encore, d'après lui, ne se développeraient-ils que chez les sujets ayant eu antérieurement une otorrhée. Sur le pavillon, sur le lobule et à l'orifice externe du conduit les lésions sont bien plus communes. Sur 4 000 malades atteints d'affection de l'oreille, Bruck nota trente fois la syphilis de l'oreille externe dont cinq cas de condylomes. Ravogli, sur 144 syphilitiques, signale un seul condylome du conduit contre quinze cas de lésions de l'oreille moyenne. Heindinger ne vit qu'un seul cas de syphilis de l'oreille externe sur 3 679 cas d'otite : Lemke, Bezold, indiquent un cas sur 4 030 et 4 341 malades. Enfin Baginsky, en dix ans, 20 000 maladies d'oreille, n'a vu que quatre condylomes du conduit. Nous revenons à l'original pour les autres statistiques citées d'où ressort la rareté des condylomes du conduit, et nous ne retiendrons que les faits de Störk, qui, sans doute parce qu'il les a recherchés, a trouvé en trois ans, quatorze exemples de cette affection.

Chez un malade de B. la maladie débute par des démangeaisons et quelque élancement dans les deux oreilles, avec bruits subjectifs intenses. Bientôt apparut un écoulement séreux, fétide ; l'acuité auditive baissa notablement :

Le conduit auditif était rempli d'excroissances rouges, et gris-

rouges, d'aspect verruqueux, bordant l'orifice de l'oreille et rappelant par l'aspect les condylomes de l'anus. Leur surface exulcérée sécrétait un liquide fétide, séreux. Les végétations avaient envahi la profondeur du conduit, rendant impossible l'examen du tympan, resté intacte.

Le traitement spécifique (frictions) amène une guérison rapide.

PAUL TISSIER.

Sur le cholestéatome du temporal, par L. BLAN (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 2, p. 29, 18 janvier 1896).

Malgré le nombre de travaux accumulés, nos connaissances sur la nature et le traitement du cholestéatome sont encore fort incomplètes. Il y a loin de l'opinion de Virchow qui y voyait une néoplasie hétéroplastique et celle des otologistes modernes qui le regardent comme une production inflammatoire, résultant de l'épidermisation de la cavité de la caisse avec dermatite consécutive. Cet envahissement épidermique peut se produire à la suite de fistules mastoïdiennes, mais beaucoup plus souvent il survient à la suite de perforations tympaniques marginales (bord postéro-supérieur, membrane de Schrapnell); Bezold regarde comme tout à fait défavorable à cette invasion les perforations centrales. Dans un cas de Blau, la perforation siégeait cependant au milieu du segment postérieur, elle n'affleurait nulle part la marge du tympan, ni la paroi de la caisse. Elle était très petite. On ne pouvait donc admettre la pénétration de l'épiderme à travers la perforation. Comment l'expliquer? L'étroitesse de la perforation rendait inadmissible l'invocation d'une action nocive de son extérieur (Wendt), comme au cours de l'opération qui fut pratiquée on ne trouva ni pus (v. Trölsch), ni granulations inflammatoires (Lucae), il n'était pas possible de songer à une métaplasie de l'épithélium cylindrique de la caisse en épithélium pavimenteux d'origine inflammatoire.

On fut induit à admettre l'existence d'un véritable néoplasme à début mastoïdien secondairement enflammé; la caisse fut envahie secondairement par les masses cholestéatomateuses auxquelles elle ne servit que de station. L'autre guéri, la suppuration de la caisse se tarit aussitôt. B. nie donc dans son cas, d'une façon formelle, l'origine inflammatoire du cholestéatome, et il insiste pour qu'on divise le cas en deux catégories: 1° cholestéatome d'origine néoplasique, qui peut rester latent pendant des années, jusqu'à son ouverture au dehors ou dans la cavité crâ-

nienne, ou se complique secondairement du processus inflammatoire ; 2° cholestéatome inflammatoire, le plus commun, où la suppuration est primitive.

Un second détail sur lequel B. appelle l'attention, est l'existence de cholestéarine en grande abondance dans le pus de la caisse. Cette cholestéarine, dans son cas, aurait eu son origine au niveau de la tumeur cholestéatomateuse de l'antre et il se demande si la constatation de cholestéarine dans le pus d'une otite ne devra pas à l'avenir faire soupçonner l'existence d'un cholestéatome latent de l'antre mastoïdien.

PAUL TISSIER.

Un cas de cholestéatome du temporal, par STEINBRÜGGE (*Berliner klin. Woch.*, n° 26, p. 588, 29 juin 1896).

S. rapporte une observation qu'il rapproche de celle de Blan et où, en l'absence de toute suppuration chronique antérieure, il admet aussi un cholestéatome primitif de la mastoïde, qui par le fait de son augmentation envahit la caisse et perfora le tympan ; à ce moment, par le fait d'une infection secondaire survint la suppuration. La guérison fut obtenue par l'ouverture de l'apophyse.

PAUL TISSIER.

Remarques sur les mastoïdites, par G. GRADENIGO (*Giornale della accademia de med. di Torino*, 1896, n° 6-7).

En 17 mois, G. a opéré 136 mastoïdites, dont 48 aiguës et 88 chroniques. Parmi les mastoïdites aiguës, 23 siégeaient à droite, 25 à gauche, 35 atteignaient des hommes et 13 des femmes. Les mastoïdites chroniques siégeaient 41 fois à droite, 47 fois à gauche ; 57 atteignirent des hommes, 31 seulement des femmes. Les principales complications furent un cas de thrombose septique du sinus latéral (guérison), quatre d'abcès extradurémérien (quatre guérisons), une méningite (mort, la méningite était d'ailleurs survenue avant l'opération).

Un cas de paralysie faciale post-opératoire a guéri facilement. Sept autres cas dus à l'otite, et antérieurs à l'opération, ont été fort peu améliorés, au moins immédiatement, par l'intervention.

G. en terminant, insiste sur l'existence probable de deux formes de mastoïdites, l'une par ostéomyélite primitive, l'autre tuberculeuse.

A. F. FLICQUE.

Du diagnostic et du traitement de l'abcès encéphalique consécutif aux suppurations crâniennes (Sinus frontal, oreille moyenne),
par Luc (*Médecine Moderne*, 7 novembre 1896).

Notre très distingué confrère, le Dr Luc, a traité en quelques pages et de la façon la plus brillante un des sujets les plus difficiles de la spécialité oto-rhinologique, et il a eu pour le faire d'autant plus de mérite que n'étant pas placé à la tête d'un des grands services hospitaliers de Paris, ses efforts ont dû rencontrer plus de difficultés pour traiter une question aussi magistrale. L'auteur de cette analyse, bien que n'étant pas rompu au même degré que le Dr Luc à toutes les difficultés de l'otiatry moderne, se rappelle néanmoins avoir débuté dans la pratique médicale, il y a 30 ans, par une étude clinique sur les tumeurs du cerveau (*Des tumeurs anévrysmales des artères du cerveau, Thèse inaugurale, 1866*) et c'est ce qui le pousse à faire l'analyse de la remarquable étude de pathologie cérébrale du Dr Luc.

L. divise son sujet en deux parties cliniques, la méningite et l'abcès, la méningite toujours aiguë, l'abcès le plus souvent chronique ; les suppurations chroniques du crâne préfèrent le cerveau aux méninges, paraphrasant de la sorte, dit-il, le langage imagé de notre grand Trousseau. Il y aurait un contraste entre la symptomatologie bruyante et aiguë de la méningite et la symptomatologie chronique et obscure de l'abcès. Pourtant ce contraste, dit Luc, n'est pas toujours aussi absolu : il faut savoir reconnaître la valeur de quelques-uns des signes des tumeurs du cerveau. Il y a longtemps que l'on sait que l'observation des symptômes des tumeurs du cerveau est traversée par des lueurs révélatrices, les livres classiques de jadis avaient dès longtemps attiré l'attention des praticiens sur la nature de ces quelques signes obscurs des tumeurs cérébrales, quelle que soit leur nature (*vomissements et céphalalgie*). Si le Dr Luc attire, dans son étude, l'attention sur ces signes, il faut avouer toutefois que ces signes étaient connus, cités depuis longtemps, peut-être les opérateurs modernes n'y avaient plus songé.

Les symptômes du foyer qui permettent à l'observateur de préciser le siège de ces tumeurs sont rares, pourtant l'hémianopsie citée par Lannois et Jaboulay, l'hémiplégie observée dans les abcès du lobe sphénoïdal, l'aphasie spéciale décrite par les auteurs précédents, permettent quelquefois de pouvoir préjuger le siège de la collection purulente ; les nerfs crâniens sont plus rarement intéressés, et la chose se comprend, puisque cette

compression s'exerce surtout au dehors du cerveau tandis que les abcès du cerveau ont une certaine profondeur. Mais laissons de côté ces signes vagues, difficiles à bien élucider, pas toujours faciles à rencontrer et reconnaissons avec l'auteur que les altérations du crâne faciles à reconnaître, elles, et dont la direction montre à l'opérateur la route qu'il doit suivre pour arriver au but, sont des moyens de diagnostic bien autrement importants que les recherches de ces signes physiologiques, si délicats à interpréter, et que les médecins de jadis étaient bien obligés de rechercher puisque les moyens de thérapeutique moderne et les progrès de la chirurgie ne leur permettaient pas de pénétrer impunément dans l'intérieur du cerveau.

La seconde partie de l'étude de L. est la thérapeutique chirurgicale de ces abcès, l'auteur nous montre la direction que l'on doit imprimer au trépan, celle que doit suivre le bistouri ou le trocart, la profondeur de l'abcès, les précautions infinies que l'on doit prendre pour mener l'opération à bonne fin ; la méthode de pansement est aussi fort bien exposée avec un luxe de détails qui nous surprennent quand nous voyons le petit nombre de cas qu'il a eu l'occasion de rencontrer. Ce chapitre de l'intervention chirurgicale est du plus haut intérêt. A la fin de cette étude L. nous dit que l'intervention chirurgicale dans les circonstances qu'il vient d'étudier comporte moins un manuel opératoire d'une exécution délicate qu'une série d'opérations intellectuelles impliquant des connaissances médicales étendues, et il nous a prouvé que non seulement il avait eu le mérite opératoire mais qu'il possédait aussi les qualités ci-dessus, ce dont nous le félicitons.

A. GOUGUENHEIM.

Abcès cérébral d'origine otique dans le lobe temporal gauche.

Aphasie optique. Trépanation. Guérison, par ZAUFAI. (*Prager med. Wochens.*, n°s 5-9, 1896).

L'auteur indique d'abord deux trépanations frustes faites pour des abcès supposés du lobe temporal : dans l'un, il s'agissait d'un abcès du cervelet et de la protubérance, dans l'autre, d'une méningite diffuse.

Le troisième cas fut plus heureux : il s'agissait d'une jeune fille de 23 ans avec otite moyenne aiguë. Le ralentissement du pouls, une parésie du facial droit, du bras et de la jambe droite ; l'hébétéude, l'aphasie optique, etc., indiquaient un abcès du lobe temporal gauche. Après la trépanation, l'aiguille exploratrice

rouges, d'aspect verruqueux, bordant l'orifice de l'oreille et rapelant par l'aspect les condylomes de l'anus. Leur surface exulcérée sécrétait un liquide fétide, séreux. Les végétations avaient envahi la profondeur du conduit, rendant impossible l'examen du tympan, resté intacte.

Le traitement spécifique (frictions) amène une guérison rapide.

PAUL TISSIER.

Sur le cholestéatome du temporal, par L. BLAN (*Berliner klin. Wochenschrift*, n° 2, p. 29, 18 janvier 1896).

Malgré le nombre de travaux accumulés, nos connaissances sur la nature et le traitement du cholestéatome sont encore fort incomplètes. Il y a loin de l'opinion de Virchow qui y voyait une néoplasie hétéroplastique et celle des otologistes modernes qui le regardent comme une production inflammatoire, résultant de l'épidermisation de la cavité de la caisse avec dermatite consécutive. Cet envahissement épidermique peut se produire à la suite de fistules mastoïdiennes, mais beaucoup plus souvent il survient à la suite de perforations tympaniques marginales (bord postéro-supérieur, membrane de Schrapnell); Bezold regarde comme tout à fait défavorable à cette invasion les perforations centrales. Dans un cas de Blau, la perforation siégeait cependant au milieu du segment postérieur, elle n'affleurait nulle part la marge du tympan, ni la paroi de la caisse. Elle était très petite. On ne pouvait donc admettre la pénétration de l'épiderme à travers la perforation. Comment l'expliquer? L'étroitesse de la perforation rendait inadmissible l'invocation d'une action nocive de son extérieur (Wendt), comme au cours de l'opération qui fut pratiquée on ne trouva ni pus (v. Tröltsch), ni granulations inflammatoires (Lucae), il n'était pas possible de songer à une métaplasie de l'épithélium cylindrique de la caisse en épithélium pavimenteux d'origine inflammatoire.

On fut induit à admettre l'existence d'un véritable néoplasme à début mastoïdien secondairement enflammé; la caisse fut envahie secondairement par les masses cholestéatomateuses auxquelles elle ne servit que de station. L'antre guéri, la suppuration de la caisse se tarit aussitôt. B. nie donc dans son cas, d'une façon formelle, l'origine inflammatoire du cholestéatome, et il insiste pour qu'on divise le cas en deux catégories: 1° cholestéatome d'origine néoplasique, qui peut rester latent pendant des années, jusqu'à son ouverture au dehors ou dans la cavité crâ-

nienne, ou se complique secondairement du processus inflammatoire ; 2^e cholestéatome inflammatoire, le plus commun, où la suppuration est primitive.

Un second détail sur lequel B. appelle l'attention, est l'existence de cholestéarine en grande abondance dans le pus de la caisse. Cette cholestéarine, dans son cas, aurait eu son origine au niveau de la tumeur cholestéatomateuse de l'antre et il se demande si la constatation de cholestéarine dans le pus d'une otite ne devra pas à l'avenir faire soupçonner l'existence d'un cholestéatome latent de l'antre mastoïdien.

PAUL TISSIER.

Un cas de cholestéatome du temporal, par STEINBRÜGGE (*Berliner klin. Woch.*, n^o 26, p. 588, 29 juin 1896).

S. rapporte une observation qu'il rapproche de celle de Blan et où, en l'absence de toute suppuration chronique antérieure, il admet aussi un cholestéatome primitif de la mastoïde, qui par le fait de son augmentation envahit la caisse et perfora le tympan ; à ce moment, par le fait d'une infection secondaire survint la suppuration. La guérison fut obtenue par l'ouverture de l'apophyse.

PAUL TISSIER.

Remarques sur les mastoïdites, par G. GRADENIGO (*Giornale della accademia de med. di Torino*, 1896, n^o 6-7).

En 17 mois, G. a opéré 136 mastoïdites, dont 48 aiguës et 88 chroniques. Parmi les mastoïdites aiguës, 23 siégeaient à droite, 25 à gauche, 35 atteignaient des hommes et 13 des femmes. Les mastoïdites chroniques siégeaient 41 fois à droite, 47 fois à gauche ; 57 atteignirent des hommes, 31 seulement des femmes. Les principales complications furent un cas de thrombose septique du sinus latéral (guérison), quatre d'abcès extradurémérien (quatre guérisons), une méningite (mort, la méningite était d'ailleurs survenue avant l'opération).

Un cas de paralysie faciale post-opératoire a guéri facilement. Sept autres cas dus à l'otite, et antérieurs à l'opération, ont été fort peu améliorés, au moins immédiatement, par l'intervention.

G. en terminant, insiste sur l'existence probable de deux formes de mastoïdites, l'une par ostéomyélite primitive, l'autre tuberculeuse.

A. F. PLICQUE.

Contribution à la pathologie et à la chirurgie de l'apophyse mastoïde, par GRADENIGO (*Arch. ital. di rin. e laring.* 3^e fascicule, 1896).

Depuis 17 mois que fonctionne la clinique dirigée par le Prof. Gradenigo, à l'hôpital S. Giovanni, à Turin, 136 cas de mastoïdites y ont été opérés.

Ils se divisent en 48 cas aigus et 88 cas chroniques. La majeure partie des malades appartenait au sexe masculin, et le côté gauche a été le plus souvent lésé.

Les personnes atteintes de mastoïdites aiguës étaient âgées de plus de 30 ans en général ; la forme chronique se manifestait principalement entre 20 et 30 ans. A partir de 40 ans la forme aiguë existait dans 31 %, et la forme chronique dans 8 % des cas.

Aucun symptôme à lui seul n'est pathognomonique de l'empyème aigu. Le diagnostic repose sur l'ensemble des divers symptômes.

Cependant le plus important consiste dans la durée des douleurs mastoïdiennes et l'abondance de l'otorrhée. Si cet état persiste encore 20 jours après le début de l'affection, il y a lieu d'opérer même en l'absence des autres symptômes.

Cette indication a une grande valeur, surtout dans la forme de Bezold. D'après l'auteur, cette dernière ne serait pas rare, et il l'aurait rencontrée dans 30 % des cas.

Les complications diverses dans les cas aigus ont été : la thrombose du sinus latéral, les abcès extraduraux périsinusaux, la méningite.

Les cas chroniques se divisent en deux catégories.

1^o Otorrhée chronique avec recrudescence de mastoïdite aiguë. Il faut alors opérer, et faire la cure radicale de l'otorrhée.

2^o Otorrhée chronique simple. On doit d'abord essayer le traitement par le conduit, et n'opérer qu'en cas d'insuccès. Dans cette forme, 30 fois l'existence de cholestéatome a été notée. L'ostéosclérose liée à l'empyème chronique se rencontre souvent, limitée à la couche corticale.

L'auteur signale ensuite plusieurs autres complications qui se sont présentées, telles que la paralysie faciale, la nécrose du labyrinthe, séquestres, etc...

Il se croit autorisé à admettre, dans les cas aigus, l'existence probable d'une ostéo-myélite primitive de l'apophyse, mais il ne peut encore en donner une démonstration rigoureuse.

Quant à la nature tuberculeuse de beaucoup d'ostéites mastoïdiennes, l'absence du bacille spécifique ne permet pas d'être affirmatif. Il a trouvé le streptocoque dans les formes malignes de mastoïdites, avec localisation vers la pointe et vers le cou.

H. DU F.

Un cas de mastoïdite de Bezold, par LICHTWITZ (*Archives internat. de laryng. d'otol. et de rhinol.*, septembre, octobre 1896).

Observation typique très intéressante de maladie de Bezold. Les symptômes cliniques étaient au complet. L'auteur pratiqua chez le malade, âgé de 44 ans, l'ouverture de l'abcès cervical et de l'antre, la résection de l'apophyse mastoïde. L'opération eut les suites les plus heureuses. L'état général s'améliora dès le lendemain de l'opération. Deux mois après, la plaie rétro-auriculaire est complètement fermée; la perforation du tympan est cicatrisée.

L'auteur insiste sur la nécessité de l'intervention hâtive, et indique la marche à suivre : commencer par ouvrir l'abcès cervical, puis le foyer générateur du pus, l'antre et les cellules mastoïdes, réséquer, au besoin, le sommet de l'apophyse.

L. EGGER.

Un cas de mastoïdite de Bezold terminée par la mort avec signes d'abcès encéphalique. Opposition mise à l'autopsie par un médecin, par Luc (*Arch. internat. de laryng., d'otol. et de rhinol.*, septembre et octobre 1896).

La malade, âgée de 37 ans, examinée le 27 mars et les jours suivants, présentait une otite purulente aiguë avec symptômes mastoïdiens. Traitée par les moyens médicaux, après paracanthèse, elle ne se remit pas complètement, la suppuration persista, l'état général resta mauvais. Enfin, le 14 mai, six semaines après le début des accidents, il existait un gonflement douloureux mastoïdien prédominant à la pointe de l'apophyse. Le 17 mars, l'auteur procède à l'ouverture de l'apophyse. Les cellules de la mastoïde communiquaient nettement avec un phlegmon de Bezold initial. L'état de la malade était si bon le 10 juillet que L. considérait celle-ci comme devant guérir très prochainement.

Cependant quinze jours après, la malade fut prise de symptômes tels que le doute ne fut plus possible sur l'existence d'un abcès encéphalique. Mais l'opposition formelle du médecin chez lequel la malade était en service, empêcha l'auteur d'opérer *in extremis*. De même l'autopsie n'a pu être faite.

L. EGGER.

Du diagnostic et du traitement de l'abcès encéphalique consécutif aux suppurations crâniennes (Sinus frontal, oreille moyenne), par Luc (Médecine Moderne, 7 novembre 1896).

Notre très distingué confrère, le Dr Luc, a traité en quelques pages et de la façon la plus brillante un des sujets les plus difficiles de la spécialité oto-rhinologique, et il a eu pour le faire d'autant plus de mérite que n'étant pas placé à la tête d'un des grands services hospitaliers de Paris, ses efforts ont dû rencontrer plus de difficultés pour traiter une question aussi magistrale. L'auteur de cette analyse, bien que n'étant pas rompu au même degré que le Dr Luc à toutes les difficultés de l'otologie moderne, se rappelle néanmoins avoir débuté dans la pratique médicale, il y a 30 ans, par une étude clinique sur les tumeurs du cerveau (*Des tumeurs anévrysmales des artères du cerveau, Thèse inaugurale, 1866*) et c'est ce qui le pousse à faire l'analyse de la remarquable étude de pathologie cérébrale du Dr Luc.

L. divise son sujet en deux parties cliniques, la méningite et l'abcès, la méningite toujours aiguë, l'abcès le plus souvent chronique; les suppurations chroniques du crâne préfèrent le cerveau aux méninges, paraphrasant de la sorte, dit-il, le langage imagé de notre grand Trousseau. Il y aurait un contraste entre la symptomatologie bruyante et aiguë de la méningite et la symptomatologie chronique et obscure de l'abcès. Pourtant ce contraste, dit Luc, n'est pas toujours aussi absolu: il faut savoir reconnaître la valeur de quelques-uns des signes des tumeurs du cerveau. Il y a longtemps que l'on sait que l'observation des symptômes des tumeurs du cerveau est traversée par des lueurs révélatrices, les livres classiques de jadis avaient dès longtemps attiré l'attention des praticiens sur la nature de ces quelques signes obscurs des tumeurs cérébrales, quelle que soit leur nature (*vomissements* et *céphalgie*). Si le Dr Luc attire, dans son étude, l'attention sur ces signes, il faut avouer toutefois que ces signes étaient connus, cités depuis longtemps, peut-être les opérateurs modernes n'y avaient plus songé.

Les symptômes du foyer qui permettent à l'observateur de préciser le siège de ces tumeurs sont rares, pourtant l'hémianopsie citée par Lannois et Jaboulay, l'hémiplégie observée dans les abcès du lobe sphénoïdal, l'aphasie spéciale décrite par les auteurs précédents, permettent quelquefois de pouvoir préjuger le siège de la collection purulente; les nerfs crâniens sont plus rarement intéressés, et la chose se comprend, puisque cette

compres
abcès du
côté ce
ciles à p
tions du
montre à
but, son
que les
interprét
recherch
progrès
impuném

La sec
gicale de
doit imp
trocart,
l'on doit
thode de
détails
nombre
de l'inter
de cette
les circon
opérateur
telle que
nous a p
toire ma
nous le f

**Abcès cé
Aphasi
med. V**

L'aut
des abcès
d'un abc
méningit
Le troi
fille de 2
pouls, un
l'hébétud
temporal

compression s'exerce surtout au dehors du cerveau tandis que les abcès du cerveau ont une certaine profondeur. Mais laissons de côté ces signes vagues, difficiles à bien élucider, pas toujours faciles à rencontrer et reconnaissons avec l'auteur que les altérations du crâne faciles à reconnaître, elles, et dont la direction montre à l'opérateur la route qu'il doit suivre pour arriver au but, sont des moyens de diagnostic bien autrement importants que les recherches de ces signes physiologiques, si délicats à interpréter, et que les médecins de jadis étaient bien obligés de rechercher puisque les moyens de thérapeutique moderne et les progrès de la chirurgie ne leur permettaient pas de pénétrer impunément dans l'intérieur du cerveau.

La seconde partie de l'étude de L. est la thérapeutique chirurgicale de ces abcès, l'auteur nous montre la direction que l'on doit imprimer au trépan, celle que doit suivre le bistouri ou le trocart, la profondeur de l'abcès, les précautions infinies que l'on doit prendre pour mener l'opération à bonne fin ; la méthode de pansement est aussi fort bien exposée avec un luxe de détails qui nous surprennent quand nous voyons le petit nombre de cas qu'il a eu l'occasion de rencontrer. Ce chapitre de l'intervention chirurgicale est du plus haut intérêt. A la fin de cette étude L. nous dit que l'intervention chirurgicale dans les circonstances qu'il vient d'étudier comporte moins un manuel opératoire d'une exécution délicate qu'une série d'opérations intellectuelles impliquant des connaissances médicales étendues, et il nous a prouvé que non seulement il avait eu le mérite opératoire mais qu'il possédait aussi les qualités ci-dessus, ce dont nous le félicitons.

A. GOUGUENHEIM.

Abcès cérébral d'origine otique dans le lobe temporal gauche.

Aphasie optique. Trépanation. Guérison, par ZAUFAL. (*Prager med. Wochens.*, n° 5-9, 1896).

L'auteur indique d'abord deux trépanations frustes faites pour des abcès supposés du lobe temporal : dans l'un, il s'agissait d'un abcès du cervelet et de la protubérance, dans l'autre, d'une méningite diffuse.

Le troisième cas fut plus heureux : il s'agissait d'une jeune fille de 25 ans avec otite moyenne aiguë. Le ralentissement du pouls, une parésie du facial droit, du bras et de la jambe droite ; l'hébétéude, l'aphasie optique, etc., indiquaient un abcès du lobe temporal gauche. Après la trépanation, l'aiguille exploratrice

amena la découverte d'un abcès situé à 1/2 centimètre de profondeur. Guérison de tous les accidents cérébraux, ainsi que de l'affection primitive de l'oreille. Le mémoire est terminé par d'intéressantes observations sur le diagnostic topographique de la lésion cérébrale par le professeur A. Pick qui avait examiné la malade.

M. L.S.

Contribution à l'étude du carcinome du rocher, par F. DANZIGER
(*Archiv f. Ohrenheilk.*, Bd 41, Hf. 1, 1896).

L'auteur publie ces deux cas (le premier a déjà paru dans le *Monatsch. f. Ohrenheilk.*, 1893), en raison de la rareté du carcinome de l'appareil auditif, et surtout du rocher.

I. Femme de 34 ans, ayant une suppuration d'oreille depuis l'âge de 10 ans. Sensation de plénitude, et douleurs s'irradiant dans la partie postérieure du crâne. A un centimètre dans le conduit, tumeur qui l'obture complètement, à surface ulcérée : l'os est carié. Pas de douleur à l'apophyse.

La tumeur est constituée par un mince stroma alvéolaire, avec de larges espaces en partie remplis par des cellules plates, dont quelques-unes sont devenues cornées.

Trois mois plus tard, amaigrissement et cachexie, délire, paralysie faciale gauche. Conduit auditif rempli de masses ulcérées. La mastoïde est très augmentée de volume, un peu molle à la palpation.

A l'autopsie, la tumeur a rongé le temporal et fait une saillie au-dessous de la dure-mère qui n'est pas perforée. L'apophyse mastoïde est à moitié détruite, il n'y a plus de conduit osseux, etc.

II. Homme de 50 ans, n'a jamais eu d'affection d'oreille. Début, à la suite de l'influenza, par un gonflement derrière l'oreille, et une grosseur en avant du tragus. Cette tumeur ayant beaucoup augmenté, le malade fut opéré dans un service de chirurgie où la malignité de la tumeur avait été reconnue. Dix-huit mois après le début, paralysie faciale, tumeur du conduit ne laissant passer qu'un stylet : toute l'oreille présente un gonflement en forme de tumeur. Six mois plus tard, opération dans laquelle on enlève le pavillon et tous les tissus jusqu'au muscle temporal sur 4 et 5 centimètres de largeur. Deux mois plus tard, récurrence. Dans les derniers temps de la vie, aphasie sensorielle, le malade ne pouvait plus nommer les objets, bien que son intelligence fût intacte.

A l'autopsie, l'oreille est complètement détruite par la tumeur. Celle-ci a perforé le rocher, traversé les méninges, et constitué une grosse masse en forme de choux-fleur, qui s'est creusé une loge dans la partie moyenne des circonvolutions temporales moyenne et inférieure.

L'examen histologique de la tumeur montre une structure alvéolaire, dont les espaces sont remplis de cellules, c'est-à-dire correspondant au sarcome alvéolaire.

Des photographies au nombre de cinq, accompagnent ces deux observations.

« On remarquera que, malgré le titre du mémoire, le point de départ osseux des tumeurs n'est pas précisé, et qu'il est improbable dans les deux observations, surtout dans la première. »

M. LS.

Exsudats de la partie supérieure de la caisse dans l'otite grip-pale. Guérison opératoire d'un cas de thrombose du sinus, etc.
par R. HAUG (*Arch. f. Ohrenheilkunde*, Bd 40, 3-4 Heft., 1896).

Haug partage l'opinion de Kosegarten sur la fréquence avec laquelle l'otite aiguë de l'influenza se localise dans la partie supérieure de la caisse. Sur un total de 214 cas d'otite grippale, il a observé soixante-quatre fois cette localisation.

Après avoir rapporté 10 cas choisis parmi les plus typiques, il indique quelles sont les particularités les plus habituelles de cette forme d'otite et distingue, à ce point de vue, les cas dans lesquels la collection purulente se fait à la partie antérieure, dans la région de la membrane de Schrapnell, et ceux où elle occupe la partie la plus postérieure. Dans l'un et l'autre cas, la partie inférieure de la caisse peut être légèrement atteinte, ou rester complètement indemne.

La forme dans laquelle l'exsudat se fait dans la partie postéro-supérieure, est plus grave que celle où cet exsudat est en avant de la courte apophyse. La douleur est plus vive, persiste après l'ouverture spontanée, ou après que l'on a incisé le gonflement arrondi qui s'est produit au niveau de l'attique ou au-dessous ; les bourdonnements sont plus pénibles, les sensations vertigineuses plus intenses. Mais le plus grave, c'est la participation presque nécessaire de la mastoïde, sinon dans toute son étendue au moins en ce qui est de l'aditus et de l'antrum mastoïdien. Il insiste sur la réussite de l'ouverture dans ces cas : la guérison se produit après un temps qui varie entre cinq à six semaines, et de deux à quatre mois.

Particulièrement intéressant est le cas de pneumonie grippale qui se compliqua d'otite moyenne et de thrombose du sinus. On fit d'abord l'ouverture large d'un point arrondi en arrière et en haut, dont le sommet était perforé, et le malade parut d'abord soulagé. Mais cinq jours après, aggravation rapide avec frisson, température de 39 à 40°, pouls ralenti, délire, apathie presque comateuse. Pas de gonflement de la mastoïde qui est très sensible avec douleur le long du sterno, et un peu de résistance au niveau de la jugulaire. Pas de vomissements; papille étranglée, surtout à gauche.

L'ouverture fait voir tout d'abord un empyème de l'antre et des cellules de la pointe. Le sinus se présente sous la forme d'une sorte de bande rigide qui, ouverte, est trouvée remplie d'un caillot à partie centrale ramollie et puriforme. Le sinus fut ouvert sur une longueur de 22 millimètres et simplement tamponné: la jugulaire n'avait pas été liée. Au bout de dix jours, il n'y avait plus de sécrétion par le méat, et le malade était guéri 9 semaines après l'opération.

Dans deux cas où les malades succombèrent à une pneumonie grippale, l'autopsie put être faite. Dans le premier, on trouva du pus dans la partie supérieure de la caisse, dans l'espace entre le marteau et l'enclume, dans la cavité de Prussak. Il y en avait également dans l'aditus, l'antre et les cellules de l'apophyse jusqu'à la pointe. Dans le second, l'exsudat était plutôt séreux, occupait le même siège et, dans la partie postérieure, avait rompu la muqueuse et la couche propre de la membrane tympanique, et formait une grosse vésicule sous l'épiderme. Il n'y avait pas de propagation aux cellules de l'apophyse. M. LS.

Thrombose des sinus du cerveau, consécutive aux suppurations de l'oreille moyenne, par R. JANSEN (*Berl. klin. Woch.* n° 26, p. 587, 29 juin 1896).

En 1893, on observa à la clinique des maladies d'oreille de l'Université de Berlin, douze cas de thrombose du sinus consécutive à des suppurations de l'oreille moyenne. En 1891 et 1892, on avait eu trente-quatre cas, avec une mortalité élevée, 38 %. En 1893, on n'eut qu'une mortalité beaucoup plus faible, 9 % (méningite), sans doute en raison de l'intervention (opération radicale), plus rapidement pratiquée (9 fois, 5 guérisons).

PAUL TISSIER.

Sur
p
n
F
au
sept
chât
apyr
sérus
faus
Le
latin
mal
un
la so
Le
gauc
pille
gauc
A
rémi
trach
tum
mése
suda
tion
mate
Le
sang
et in
rem
mast
est c
Etud
ou
(du
10
On
d'abo

Sur un cas de pyohémie consécutive à l'otite moyenne aiguë suppurée post-diphthérique, par E. RIMINI (*Berlin. klin. Woch.*, n° 27, p. 609, 6 juillet 1896).

F. W. 3 ans et demi, entre le 5 février au pavillon de diphthérie, au sixième jour de sa diphthérie, qui est de forme légère, non septique. Les deux amygdales sont couvertes d'exsudats blanchâtres; adénopathie sous-maxillaire moyenne; larynx libre; apyrexie. Albuminurie assez abondante. Une seule injection de sérum n° 1 de Behring; au bout de trois jours, disparition des fausses membranes; la convalescence s'annonce.

Le 15, dix jours après l'injection, fièvre 39°2, exanthème scarlatiniforme, surtout aux membres inférieurs; le 17, 40°; le 18, la malade se plaint de douleurs d'oreille à droite; le 19, à gauche, un écoulement abondant purulent diminue les douleurs; dans la soirée frissons qui se renouvellent deux jours de suite.

Le 21, tuméfaction douloureuse de l'articulation du genou gauche et de l'avant-bras gauche; dilatation moyenne de la pupille; réaction paresseuse; déviation conjuguée des yeux à gauche, coma mort.

A l'autopsie, les deux poumons sont affaissés, fortement hypéremiés, bronchite capillaire aux bases par places; larynx et trachée normaux; cœur petit, dur; foie volumineux, gras; tuméfaction moyenne de la rate. Tuméfaction des ganglions mésentériques; reins volumineux, anémiques, d'aspect gras; exsudat gris-brun, liquide purulent dans le genou gauche; infiltration séreuse de l'avant-bras gauche. Cerveau légèrement œdémateux, diagnostic: pyémie d'origine otique.

Les lobes examinés montrent à droite: dure-mère normale; sang-noir, diffluent dans les sinus transverse, pétreux supérieur et inférieur; conduit auditif externe, oreille moyenne, antre rempli de pus épais; petite perforation du tympan; cellules mastoïdiennes normales; à gauche mêmes lésions, le tympan est complètement détruit.

PAUL TISSIER.

Etude sur les abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne, par HAMON DU FOUGERAY (du Mans) (Communication 10^e congrès de chirurgie. Paris, 10 octobre 1896).

On peut voir survenir dans les diverses régions du cou nombre d'abcès ou phlegmons qui ne sont que la conséquence de la

propagation de l'infection primitive des organes voisins, tels que la bouche, le nez, le pharynx, le larynx, etc.

L'oreille moyenne peut être le point de départ d'une classe spéciale d'abcès qui, bien que signalés dans beaucoup de travaux, n'ont pas encore été l'objet d'une étude complète. Il est regrettable que la plupart des auteurs n'y aient pas apporté toute l'attention désirable, et ne les aient, le plus souvent, mentionnés que comme une complication de peu d'importance.

Pour ce motif, on ne saurait actuellement dresser une liste de renseignements bibliographiques sérieuse, et se rendre un compte exact de leur fréquence.

Malgré cette lacune, l'auteur, après avoir examiné le plus grand nombre possible d'observations auxquelles il a joint une observation personnelle détaillée, a cherché à élucider surtout la pathogénie de ces abcès, qu'il a prise comme base d'une classification des différentes variétés qui peuvent se présenter.

A ce point de vue, *les abcès du cou consécutifs à l'inflammation aiguë ou chronique de l'oreille moyenne*, se divisent en trois classes.

1° Abcès par irruption directe du pus dans les tissus du cou.

Dans ce cas l'inflammation, née dans la caisse du tympan, se propage à l'antre mastoïdien et de là aux cellules. Par suite d'une anomalie de développement de l'apophyse, le pus contenu dans ses cavités s'échappe vers la pointe par une perforation de la paroi interne. C'est ce qu'on a appelé la mastoïdite de Bezold. L'abcès du cou n'est donc alors que la conséquence d'une disposition anatomique anormale.

2° Abcès par voie veineuse.

L'otite moyenne s'est compliquée de thrombose du sinus et de la veine jugulaire interne.

Le pus se forme dans le calibre même de cette dernière à l'extrémité inférieure du thrombus. La paroi antérieure s'ulcère, se perfore, et le pus se répand dans les tissus adjacents. L'auteur en donne une observation typique, avec autopsie, qui lui a été communiquée par le Dr Brindel (de Bordeaux).

3° Abcès par voie lymphatique.

La cavité tympanique est enflammée; l'agent infectieux envahit le système lymphatique et atteint les ganglions profonds situés en arrière du sterno-mastoïdien. Il se forme alors un adéno-phlegmon.

L'auteur fait remarquer que les deux premières classes ne

sauraient être discutables, étant basées sur des observations précises qui ne laissent aucun doute sur leur interprétation. Il n'en est pas de même pour la troisième classe.

L'anatomie descriptive de la circulation lymphatique de la caisse est encore à faire. Ce n'est donc que par élimination que l'on est conduit à admettre l'origine lymphatique de ces abcès. Par où sortent les vaisseaux lymphatiques du tympan ? Quel est leur trajet ? A quels ganglions se rendent-ils ? Autant de questions à résoudre sur lesquelles les traités d'anatomie les plus récents restent muets. Voilà un champ, encore inexploré, d'études anatomiques qui tentera, il faut l'espérer, les jeunes anatomistes.

En résumé, *les abcès du cou consécutifs aux inflammations aiguës ou chroniques de l'oreille moyenne, siègent dans les régions latérales, depuis la gaine des vaisseaux jusque sous le trapeze.*

Le *diagnostic* en est parfois difficile, car il peut se faire qu'il n'y ait pas d'otorrhée, la membrane du tympan n'étant pas perforée. Bien plus, dans certains cas, il n'y a pas d'inflammation du tympan, et la mastoïdite est primitive. Enfin l'abcès peut passer inaperçu, se vider dans le larynx et faire croire à une affection pulmonaire, comme dans le cas si intéressant de Thiry (de Fribourg).

Le *pronostic* est éminemment variable. Mais il faut ne pas oublier, qu'à eux seuls, ces abcès peuvent amener la mort.

Quant au *traitement*, on doit les ouvrir de bonne heure, ne pas craindre d'aller profondément donner issue au pus, en se guidant sur l'anatomie de la région.

Cependant cela ne suffit pas, et, que l'on soit chirurgien ou spécialiste, il est absolument nécessaire d'en reconnaître l'origine et le mécanisme pathogénique, si l'on veut ne pas s'exposer à perdre son malade.

H. DU F.

Deux cas de sarcome de l'oreille moyenne par KÜHN (*Comptes-rendus de la Société allemande d'otologie*, 1896).

Une première observation de myxosarcome de la caisse a été apportée par l'auteur en 1894 ; il s'agissait d'un enfant d'un an ; les deux cas actuels se rapportent à des adultes et sont histologiquement : un sarcome myéloïde et un sarcome mélanique.

Le sarcome myéloïde s'est développé simultanément dans les deux oreilles en partant des apophyses mastoïdes, en même

temps que d'autres foyers d'ostéosarcome se montraient à la base du crâne, aux temporaux, plus tard aux os des membres ; le malade finit par présenter les symptômes du diabète, eut des fractures spontanées et succomba à la généralisation. Six mois après le début de l'affection de l'oreille il fut fait une tentative d'extirpation des tumeurs mastoïdiennes et l'on put voir que la tumeur avait envahi la caisse du tympan et avait atteint la dure-mère de la fosse cérébrale postérieure sans l'envahir. Il ne semble pas que le myélosarcome ait été primitif dans les mastoïdes, ces oyers se rattachaient probablement à une tumeur inguinale de date antérieure.

Dans le second cas il s'agit, au contraire, d'une tumeur primitive de l'oreille, développée chez une femme de 34 ans ; à 32 ans, lors d'une grossesse, elle eut des sifflements et des bourdonnements dans l'oreille gauche et son mari vit déjà à cette époque une petite saillie bleuâtre dans le conduit auditif externe ; un an plus tard, il s'établit un écoulement d'oreille, puis des douleurs de plus en plus vives, enfin des tuméfactions ganglionnaires pré-et rétroauriculaires ; à cette période de la maladie, deux ans après le début, la malade vint à la clinique ; des fragments de la tumeur, enlevés du conduit auditif oblitéré, permirent d'établir le diagnostic anatomique ; l'opération radicale n'était plus possible, la caisse du tympan étant envahie de toute part.

M. N. W.

Un cas de maladie de Ménière causé par une névrite acoustique de nature leucémique, par F. ALT (*Wien. klin. Woch.*, 1896, n. 38).

Il s'agit d'un homme de 66 ans atteint d'une maladie de Ménière des plus typique ; ce syndrome était survenu au bout de six mois d'un malaise général vague avec faiblesse croissante et céphalalgie et lorsque le malade se présente à l'hôpital peu après le premier accès de vertige on reconnut une leucémie grave avec spléno-et hépatomégalie, hématomes multiples, etc. La surdité est complète à gauche, presque complète à droite.

Le malade succomba trois mois après le début de la maladie de Ménière et l'autopsie, en confirmant le diagnostic de leucémie myéloliénale, apprit aussi que le syndrome de Ménière se liait à l'infiltration leucémique des nerfs acoustiques ; sur tout le trajet intra et extra-médullaire de ces nerfs se trouvent des petits amas de cellules lymphatiques qui infiltrèrent et dissocièrent

les troncs nerveux. Les noyaux médullaires des acoustiques, les autres nerfs voisins et les différentes parties du cerveau et du cervelet paraissent intacts. L'oreille moyenne est absolument normale des deux côtés ; il en est de même de l'oreille interne ; quant au labyrinthe, il n'a pas été possible d'établir si les terminaisons nerveuses présentaient quelque altération. Il résulte de cette autopsie que la maladie de Ménière était causée par l'infiltration leucémique des nerfs acoustiques.

M. N. W.

II. — NEZ ET SINUS

Dermatoses de la face et lésions des fosses nasales, par LACROIX (*Arch. internat. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, sept.-oct. 1896).

Une femme de 37 ans, porteur de polypes muqueux et d'hypertrophie des cornets, fut presque guérie de sa couperose et de son acné par le traitement des affections nasales.

Un homme de 35 ans avait depuis longtemps de l'eczéma de la face. On lui opère successivement un éperon de la cloison, des polypes muqueux, l'hypertrophie polypoïde des cornets, enfin des végétations adénoïdes. En même temps les lésions eczémateuses diminuent sensiblement.

Enfin, un enfant adénoïdien qui avait les joues totalement rouge violacé, prend, à la suite de l'opération, une coloration normale rose de la peau de la face.

L'auteur admet dans ces cas une action des lésions puis des interventions nasales sur la circulation de la peau du voisinage. De là leur influence sur les dermatoses chez les sujets prédisposés.

L. EGGER.

Epistaxis à répétition, par RENDU et CHAUFFARD (*Soc. méd. des Hôp.*, 23 oct. 1896).

M. RENDU communique l'observation d'un malade atteint d'épistaxis répétées, et chez lequel un examen attentif ne permit pas de décèler la cause de ces épistaxis. Ce malade présente sur le cou, sur la poitrine de véritables angiomes ; on en découvrait également sur les muqueuses linguale et palatine. On peut, peut-être, comparer cet homme à la malade présentée par M. CHAUFFARD à la Société médicale le 10 avril dernier. On se

rappelle que chez cette malade hémophilique, les hémorrhagies apparaissaient au niveau de téléangiectasies cutanées et muqueuses.

M. CHAUFFARD fait remarquer que, chez sa malade, l'hémophilie était nettement caractérisée, et que les hémorrhagies spontanées se produisaient non seulement par les muqueuses, mais par la peau, et donnaient lieu ainsi à une véritable hémophilie cutanée.

L. EGGER.

Pathogénie et traitement de l'épistaxis, par LERMOYEZ (Société médicale des hôpitaux, 30 octobre 1896).

A propos de l'observation apportée par M. RENDU à la séance précédente, l'auteur traite d'une façon succincte, de la pathogénie et du traitement de l'épistaxis.

Rejetant la classification des épistaxis telle qu'on la trouve décrite dans nos traités classiques, L. démontre, certains cas exceptionnels tels que le purpura infectieux, la variole hémorrhagique, mis à part, qu'à peu près toutes les épistaxis, quelle que soit l'épithète médicale qu'on leur donne, relèvent d'une lésion locale. Tantôt il s'agit d'une lésion grossière, ulcère, tumeur, etc., siégeant en un point quelconque des fosses nasales ; beaucoup plus souvent on est en présence de la lésion minime caractéristique de l'épistaxis, l'*érosion hémorrhagipare de la cloison* que l'on peut voir sans l'aide d'instruments spéciaux, sous forme d'un petit ulcère variqueux siégeant à la partie antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse. Cette lésion occupe le territoire irrigué par l'extrémité de la branche interne de la sphéno-palatine, qui mérite le nom de *l'artère de l'épistaxis*.

La conséquence pratique de la critique de la classification traditionnelle des épistaxis, c'est que, contre l'épistaxis due à une lésion locale, bénigne, constante, il faut diriger un traitement local anodin et bien défini. Le traitement général est un utile adjuvant ; mais il faut fermer la porte de sortie du sang qui reste béante. Un crayon de nitrate d'argent porté et laissé quelques instants sur le point incriminé, suffit presque toujours à arrêter définitivement l'hémorrhagie nasale.

L. EGGER.

Deux cas de corps étrangers, par CH. RÉMY (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 8 octobre 1896).

De ces deux cas l'un appartient à la rhinologie. Il s'agissait

de l'extrémité d'une branche de sapin comportant une grosse partie renflée en bourgeon et un pédicule ligneux, bourgeon et tige encore couverts de feuilles écailleuses qui les hérissaient, Ils étaient entrés dans la narine pour ainsi dire à rebrousse-poil et la branche s'y était brisée.

L'enfant n'a presque rien senti au moment de l'accident, pendant un an il avait peu souffert et l'auteur insiste à dessein sur le développement intellectuel du petit malade pour faire mieux comprendre à quel point de tolérance en était arrivée la muqueuse de ses fosses nasales. L'ablation facile, d'ailleurs, du corps étranger n'eut aucune suite.

L. EGGER.

Les suites éloignées de la syphilis sur le nez et leur traitement,
par CH. H. KNIGHT (*N. Y. med. journ.* 19 sept. 1896, n° 929).

Ce rapport commence par une belle observation de gomme du nez, prise pendant quelque temps pour un sarcome, chez une fille de 15 ans, chez laquelle on n'avait pas soupçonné l'existence de la syphilis. Cette observation montre les difficultés souvent très grandes du diagnostic des syphilis locales. Ce diagnostic est encore plus difficile lorsque le processus se localise aux cartilages de la cloison ou à sa charpente osseuse, et qui aboutissent à la perforation, par suite d'ulcérations qui ont toujours tendance à s'étendre. On peut les traiter avec succès par l'acide chromique ou le nitrate d'argent en solution au 1/30.

Dans un certain nombre de cas, la syphilis attaque primitivement le squelette osseux, et il en résulte des difformités horribles. Il faut examiner successivement alors les meilleurs moyens d'enlever les os nécrosés, puis de soutenir les parties molles du nez. Il faut d'abord, pour ménager le plus possible de tissu, mettre le malade sous l'action du traitement spécifique. Souvent alors les séquestres peuvent être enlevés par les fosses nasales. Sinon il faut recourir à l'opération de Rouge.

Pour remédier à la difformité qui souvent empêche le malade de gagner sa vie, on peut employer le procédé de Létievant, qui consiste à faire au nez un support en métal. Martin de Lyon a proposé un support en platine avec bras latéraux s'appuyant sur le maxillaire qui a été importé ici en 1892, par le Dr Weit. Enfin le procédé a été perfectionné par Hopkins. L'avantage de cette méthode est de supprimer la cicatrice extérieure et de substituer à l'opération compliquée de Martin une intervention simple qui peut être faite, chez un sujet un peu courageux, sans anesthésie.

L. R. REGNIER.

Quelques observations de pseudo-néoplasmes tuberculeux des fosses nasales, par J. GOURDIAT, interne des hôpitaux de Lyon (*Province médicale*, 28 septembre 1896.)

Aux observations déjà publiées sur ce sujet, M. Gourdiat ajoute deux nouveaux cas recueillis dans le service de M. le Dr Garel, et il résume à ce propos ce qui a été dit sur ces tumeurs constituées par néoformation tuberculeuse, et simulant plus ou moins le néoplasme vrai par leur aspect, leur caractère sénile, leur volume, etc.

L'HISTORIQUE de la question a déjà été fait par Simonin (*Journal de Laryng. otol. rhin.* juin 96). Parmi les auteurs qui ont étudié la question, à citer : Cartaz, König, Raulin (*Le lupus primitif de la muqueuse nasale*, *Th. Bordeaux*, 89.)

Garel et Collet (Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison nasale, 93.) Tixier (*Province médicale*, 95.) Symonds, Lermoyez.

ÉTIOLOGIE. — C'est une affection plus fréquente qu'on ne le croit, siégeant surtout (exclusivement pour Lermoyez) sur la cloison (portion cartilagineuse.)

Pour les uns l'affection survient chez les individus indemnes de toute tuberculose, pour les autres uniquement chez les tuberculeux avancés. Le bacille ne s'y rencontre pas toujours.

PATHOGÉNIE ET ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — C'est du lupus (et ceci est prouvé par l'organisation d'un tissu fibreux), s'opposant à l'extension des lésions et tapissant le fond des ulcérations, ainsi que par la présence de relèvements papilliformes du revêtement ectodermique se dirigeant vers la profondeur.

Durété variable suivant prédominance ou non du tissu fibreux.

Coupe : Trame fibreuse au sein de laquelle se trouvent des tubercules constitués par des cellules géantes irrégulières. En d'autres points cellules épithélioïdes isolées ou groupées dans les mailles du tissu conjonctif. Dans quelques cas points caséifiés.

ÉTUDE CLINIQUE. — Tumeur de volume variable (noisette ou mandarine) de couleur rose ou ardoisée, de consistance très variable ; à point d'implantation sur la cloison, s'accompagnant parfois de perforation de celle-ci ; bourgeonneante ; parfois ulcérée. Ganglions souvent pris, mais la cause en est peut-être due à la constitution strumeuse.

Signes fonctionnels. — Peu d'épistaxis spontanément, pas de douleurs ; gêne, coryza symptomatique, céphalée, pas de fétidité ;

dité ;
troub
Ma

bon

PRO

(2 c

varia

DIA

vives

séque

fique

B.

comm

d'aut

géné

fragn

TR

a)

b)

c)

tion.

d)

Note

vo

N

Ge

delp

cas

des

dal,

voie

la t

deh

tem

nir

sinu

sup

rech

dité ; mais surtout *gêne respiratoire* pendant la nuit ; quelquefois troubles réflexes.

Marche lente sans envahissement des sinus. Etat général bon.

PRONOSTIC. — Bénin, quoi qu'en aient dit Schœffer et Hicguet. (2 cas incurables). Récidives surtout dans vieilles formes variables.

DIAGNOSTIC. — A. *Syphilis*, mais dans cette dernière : douleurs vives, céphalée intense, écoulement brunâtre, infecte, avec petits séquestres, squelette attaqué et influence du traitement spécifique.

B. *Tumeurs malignes*. Difficile, à cause des nombreux signes communs, tels qu'adénite, épistaxis, aspect néoplasique ; mais d'autre part, lenteur de la tuberculose et conservation de l'état général. Toujours dans les cas douteux examen histologique d'un fragment.

TRAITEMENT : *Général et local* (pratique de Garel).

- a) Ablation à l'anse galvanique en une ou plusieurs séances.
- b) Curettage et cautérisation de la base d'implantation.
- c) Cautérisation journalière à l'acide lactique après cocaïnisation.
- d) Surveiller le nez au point de vue récidive.

ETIÉVANT.

Notes sur deux cas de sarcome des fosses nasales et des sinus voisins, par A. AMES BLISS (*N. Y. med. journ.* 25 juillet 96, N° 921).

Ces deux cas ont été observés à l'hôpital allemand de Philadelphie chez deux enfants l'un de 4, l'autre de 6 ans. — Les deux cas sont également remarquables par le rapide développement des tumeurs. Nées sur le cornet moyen ou dans le sinus ethmoïdal, les tumeurs ont suivi dans leur développement d'abord les voies libres, puis, ont attaqué les tissus plus résistants, bouchant la trompe d'Eustache et l'oreille, repoussant l'œil en avant et en dehors. Enfin gagnant la chaîne lymphatique du cou. — Le traitement radical s'impose. La méthode suivie a permis de parvenir sur tout le champ attaqué sauf le sinus sphénoïdal et les sinus ethmoïdaux. L'auteur doute que la résection du maxillaire supérieur et du nez tout entier lui eût donné plus de facilité à rechercher tous les points attaqués.

L. R. REGNIER.

Fistules du sinus frontal, par Bois (*Arch. gén. de médecine* 96, août et septembre).

C'est d'après 36 cas que Bois a fait cette étude anatomo-clinique, il conclut que ces affections ne sont pas rares et je crois qu'il est dans le vrai, car je n'ai pour ma part rencontré qu'un nombre très restreint de ces cas, peut-être deux ou trois fois. L'auteur les divise en trois catégories, les traumatiques, les inflammatoires et les post-opératoires. D'une manière générale ces fistules sont l'aboutissant des empyèmes et des kystes du sinus, et leur persistance signifie naturellement qu'il y a communication avec les fosses nasales, toutefois cette communication n'existe pas toujours et quelquefois la fistule n'aboutit pas fatalement au sinus, une simple ostéite orbitaire peut simuler une fistule du sinus mais son examen soigneux permettra facilement de ne pas confondre des fistules d'origine simplement osseuse avec des fistules du sinus. L'auteur conseille de traiter ces fistules par le grattage de la cavité et par le drainage à travers les fosses nasales, avec lavages consécutifs, la fistule se guérirait alors assez vite et il suffirait pour achever la guérison de fermer l'orifice cutané.

A. G.

Recherches au point de vue chirurgical sur les sinus frontaux de cent vingt crânes, avec observations sur les divers modes de traitement, par H. TILLEY (*Lancet*, 26 septembre 1896).

Une connaissance parfaite de l'anatomie des sinus est de première nécessité pour expliquer les différents effets du traitement et aussi pour adopter plus d'uniformité en soignant ces affections. Pour ce qui concerne les sinus frontaux, qui seuls font l'objet de ce mémoire, l'auteur fait d'abord observer leurs divergences de dimension. Un sinus peut seulement contenir un haricot ordinaire tandis qu'un autre peut être dix fois aussi grand; parfois les sinus n'existent pas; ou bien le sinus est absent d'un côté et très bien développé de l'autre. La cloison est toujours complète, et on accueillera avec réserve les rapports disant que les sinus communiquaient librement. La prééminence des crêtes au-dessus des cils n'indique rien au point de vue de l'étendue ou de la présence des sinus dans leur voisinage. La profondeur de l'infundibulum depuis la surface antérieure est très variable; elle peut atteindre 25 millimètres et elle est plus souvent moindre qu'on ne le suppose généralement. La di-

rection et la capacité du conduit naso-frontal est des plus variable.

D'après ses observations, l'auteur croit que la meilleure méthode d'opération pour l'empyème frontal est de pratiquer à l'extérieur une incision verticale centrale; mais tout le monde n'admettra pas avec lui que la cicatrice produite par cette incision soit moins importante que celle qui est due à l'ouverture au-dessus de l'angle interne. Au point de vue anatomique, le procédé de perforation de Schaeffer qui gagne le sinus frontal par le nez doit être condamné comme dangereux.

La règle proposée par Hajek et d'autres est d'insister sur l'exploration du sinus maxillaire dans tous les cas avant d'intervenir chirurgicalement sur le sinus frontal. L'auteur rapporte trois observations d'empyème du sinus frontal.

SAINT-CLAIR-THOMSON.

III. — BOUCHE ET PHARYNX

Accidents causés par l'antipyrine. Stomatite ulcéro-membraneuse, par DALCHÉ (*Soc. méd. des hôpitaux*, 16 octobre 1896).

Parmi tous les accidents consécutifs à l'absorption de l'antipyrine, les manifestations du côté des muqueuses et de la peau semblent les plus fréquentes. L'auteur en cite plusieurs cas, dont nous ne retiendrons qu'un seul: Il s'agit d'un malade chez lequel l'évolution de la dent de sagesse détermina la localisation dans la bouche des symptômes de l'intoxication due à l'antipyrine; ce malade eut une stomatite ulcéro-membraneuse.

L. EGGER.

Traitement de la mycose leptothrixique par le perchlorure de fer, par COLIN (*Arch. internat. de laryngol. d'otol. et de rhinol.* sept.-oct. 1896).

Après l'emploi inefficace des moyens habituels, l'auteur chercha à utiliser le perchlorure de fer contre le leptothrix buccalis. Il se servit de la solution officinale qui renferme 26 de chlorure ferrique et 74 d'eau. Les points leptothrixiques touchés avec le topique s'imprégnèrent du liquide, devinrent jaunes puis marron foncé, la muqueuse conservant sa teinte normale. Deux

jours après les touffes étaient d'un noir franc, dures, et se laissaient aisément arracher sans se briser. Au bout de trois semaines de ce traitement appliqué tous les deux jours, les points de leptothrix avaient complètement disparu.

L. EGGER.

La toux pharyngée chez les enfants, par R. MILLON (Soc. médic. du XI^e arrondissement, 15 octobre 1896).

L'auteur insiste sur la fréquence de la toux pharyngée et sur l'importance qu'il y a à la connaître afin d'éviter à l'enfant des traitements longs, pénibles, inefficaces, dirigés contre une affection bronchique ou pulmonaire qui n'existe pas.

C'est une grosse toux, précédant par quintes répétées, survenant relativement rarement, mais en certains moments que l'on peut déterminer, s'accompagnant de l'accumulation de mucosités dans l'arrière bouche et provoquant quelquefois un état nauséux.

La toux est quelquefois aboyante, toujours grasse et humide. Les quintes ne sont pas très longues mais s'enchaînent généralement, la nuit surtout, jusqu'à durer dix minutes ou un quart d'heure. Le jour, elles apparaissent lorsque l'enfant s'agite. Plus fréquentes la nuit, elles se montrent à trois périodes très nettes : au coucher, à minuit, au réveil, sans qu'aucune de ces quintes ne soit obligatoire, la plus fréquente étant cependant celle du réveil. On voit donc que, dans certains cas, la toux rauque, quinteuse, s'accompagnant du rejet de mucosités et d'aliments, devient nettement coqueluchoïde.

Ce complexus symptomatique s'accompagne de l'absence de signes stéthoscopiques trachéo-bronchiques, et d'un état particulier du pharynx : ce sont les lésions banales de la pharyngite chronique, dans lesquelles l'auteur note la tuméfaction des replis salpingo-pharyngiens, avec des trainées de granulations. La toux se produit avec ces lésions seules sans qu'il soit nécessaire que l'enfant soit adénoïdien ou porteur d'amygdales palatines hypertrophiées.

Quant à la toux amygdalienne, l'auteur pense qu'elle n'est qu'une variété de la toux pharyngée.

L'auteur insiste ensuite sur la difficulté du diagnostic entre la coqueluche et la toux amygdalienne. L'embarras pourra surtout être considérable lorsque, chez un coquelucheux, on trouve de la pharyngite. Il conseille alors d'instituer le traitement local à

côté du traitement général. Il fait faire par la famille des badigeonnages à la résorcine à 5 %.

Quant au traitement de la pharyngite chronique, M. emploie contre les lésions légères la résorcine à 50 ou 100 %. Mais le topique par excellence, c'est l'iode : à partir de deux ans, glycérine et teinture d'iode à parties égales ; au-dessous, mélange au demi et au quart ; dans quelques cas, chez les enfants un peu âgés, teinture d'iode pure fraîchement préparée. Faire les badigeonnages sur tout le pharynx et le cavum deux fois par semaine, trois fois au plus. L'enfant peut vivre de sa vie ordinaire. Chez les grands, des gargarismes au chlorate de potasse, le siphon nasal, peuvent être utiles en détachant les mucosités.

A noter : l'élément toux disparaît bien avant que les lésions ne se soient complètement modifiées.

L. EGGER.

Diphthérie consécutive à la scarlatine, par MEREDITH RICHARD
(*Lancet*, 26 septembre 1896).

La diphthérie et la scarlatine post-diphthérique sont beaucoup moins communes en province qu'à Londres. Il n'y a rien de spécial ou de particulier dans l'étiologie de la diphthérie consécutive à la scarlatine, cela dépend simplement de la virulence de la diphthérie existant dans le pays des malades. Dans l'hôpital de l'auteur, lorsque, durant une période de 18 mois, il n'y avait eu aucun cas de diphthérie, quoiqu'il y ait eu 300 à 350 scarlatineux en traitement, il ne se produisit pas de diphthérie post-scarlatineuse. Mais quand on reçut de nouveau des diphthériques à l'hôpital, la diphthérie apparut parmi les scarlatineux convalescents. La diffusion de la diphthérie parmi les convalescents s'explique par le contact s'établissant entre les malades à ce moment.

SAINT-CLAIR THOMSON.

Tuberculose pharyngée primitive et secondaire. — Etude clinique,
par WALTER, F. CHAPPELL (*N. Y. med. journ.*, 19 sept. 1896,
n° 929).

Isambert, en 1875, émit l'idée de la possibilité de la tuberculose primitive du pharynx, puis Fränkel, Lermoyez, Dieulafoy, ont écrit avec preuves à l'appui, que dans certaines conditions, une tuberculose simulant les végétations adénoïdes peut survenir dans le pharynx. L'auteur présente l'observation démontrant la possibilité de la tuberculose primitive du pharynx, et par

comparaison deux observations de tuberculose du pharynx secondaire.

Dans l'infection primaire il y a sur le point attaqué prolifération de tissu, inflammation évidente et stase circulatoire considérable. A aucun moment ce tissu ne tombe ou ne passe à la phase d'ulcération comme cela a lieu pour la pharyngite tuberculeuse secondaire.

Dans le cas de tuberculose primitive, les signes locaux ont précédé l'engorgement des ganglions voisins, dont l'inflammation a été violente et accompagnée de résistance et de douleur comme dans les infections aiguës.

Dans la pharyngite tuberculeuse secondaire, les ganglions sont pris avant l'apparition des lésions pharyngiennes, et la réaction est beaucoup moins vive.

L'étude des autres observations publiées montre dans quelques-unes la présence d'une frange de petites excroissances le long des piliers postérieurs et dans le naso-pharynx. Il s'agit alors, probablement comme dans le cas ici rapporté, de tuberculose primitive.

Il est à remarquer que dans tous les cas, soit primitifs, soit secondaires, les lésions prédominent à droite. L. R. REGNIER.

Polype de l'amygdale par PEYSER (*Berlin. klin. Woch.* n° 4, 27 janvier 1896, p. 84).

Sur une amygdale hypertrophiée, chez une fillette de 15 ans, P. trouve un polype flottant dans la gorge et provoquant de la dyspnée. Ce polype s'insérait sur le bord inféro-postérieur de l'amygdale.

Il s'agissait d'un fibrôme papillaire et verruqueux comme dans les cas de Luschka (1870) et de Sommerbrodt. Ce sont des lésions rares. PAUL TISSIER.

Tumeur fibreuse naso-pharyngienne, par FLETCHER INGALS (*N. Y. med. journ.* 19 sept. 96, n° 929).

L'intérêt de cette observation est surtout dans le manuel opératoire non encore signalé au dire de l'auteur. Il s'agit d'un enfant de 11 ans vu en avril 1894. Il avait déjà été traité plusieurs fois pour une tumeur du pharynx nasal. Bonne santé générale. L'odorat est affaibli, la voix nasonnée, la respiration par le nez difficile. La narine gauche est en partie bouchée par une déviation avec exostose du septum. La narine droite est

complètement remplie par une tumeur rouge. Il y en a une autre dans le pharynx nasal, rouge, nodulaire, ferme mais élastique au toucher; sur la partie postérieure, légère ulcération due aux traitements précédents. Les amygdales sont légèrement gonflées, le pharynx rempli de mucus épais, adhérent. Anesthésie à la cocaïne : à l'aide de deux sondes passées l'une dans la narine, l'autre dans la bouche, un fil de platine fut passé autour de la tumeur et relié à un galvano-cautère. On fit passer le courant pendant une à deux secondes en serrant en même temps le fil, puis un repos de dix secondes et ainsi de suite jusqu'à ce que le pédicule fût complètement sectionné. La tumeur fut ensuite extirpée par la bouche à l'aide d'une pince. Hémorrhagie considérable arrêtée par un tamponnement à la gaze iodoformée. Le pansement fut relevé deux jours après : pulvérisation d'une solution de thymol qui fut continuée pendant quelque temps. La narine resta libre jusqu'au 18 août. A ce moment cautérisation d'une partie de la tumeur était restée dans la narine droite. Cette cautérisation qui fut répétée tous les huit jours pendant six semaines, puis une fois par mois. La dernière cautérisation fut faite en février 1895. Depuis, le malade respire bien et il ne reste dans son nez que les cicatrices des cautérisations.

Un autre cas à peu près semblable a été traité il y a un certain nombre d'années par l'auteur au moyen d'injections d'acide lactique à 30 %. La première injection provoqua pendant quelques jours une réaction intense. Aussi les suivantes furent faites avec une solution plus faible à 25 %, précédée d'une injection de cocaïne à 4 %. Au mois de février 1896, la tumeur avait presque disparu. Il est trop tôt pour conclure. Cependant l'auteur pense qu'on a dans l'acide lactique à 15 % un moyen d'action très puissant pour détruire les tumeurs du nez.

L. R. REGNIER.

Procédé et voie à suivre pour extirper les tumeurs de l'amygdale,
par M. JABOULAY (*Lyon med.*, 3 août 1896).

Afin de pouvoir, dans la même opération, procéder à l'éradication nécessaire des ganglions symptomatiques, l'auteur préconise uniquement la voie artificielle. Une incision en X, composée d'une branche allant obliquement de la région sous-angulaire dans la direction de l'apophyse mastoïde, d'une autre suivant le bord antérieur du sterno-mastoidien, découvre une région

limitée en avant par l'angle du maxillaire, en arrière par le paquet vasculo-nerveux du cou. Au devant de ce dernier, dirigés obliquement en bas et en avant, le ventre postérieur du digastrique et le stylo-hyoidien constituent un point de repère important; c'est, en effet, en avant d'eux qu'il faudra passer pour arriver sans encombre jusqu'à l'amygdale; en arrière d'eux, on risque de blesser les vaisseaux. Cette région triangulaire comprise entre l'angle du maxillaire et la face antérieure des deux muscles styliens, constitue la base d'un prisme triangulaire dont le sommet confine à l'amygdale. Dans cette région, le seul organe important qu'on puisse rencontrer est le glosso-pharyngien. On conçoit ainsi qu'il soit possible de décoller l'amygdale avec l'index insinué dans ce prisme triangulaire décrit. L'auteur a employé ce procédé à deux reprises et en a été entièrement satisfait.

L. EGGER.

IV. — LARYNX ET TRACHÉE

Laryngoscopie directe de Kirstein et son application pour les opérations endolaryngées, par P. BAUNS (*Berlin. klin. Woch.* n° 8, p. 157, 24 février 1896).

L'emploi du spéculum de Kirstein n'est pas toujours possible chez l'adulte (1:3). Lorsqu'il est applicable, l'opération est facile, bien que surtout pour les débutants, l'immobilisation et la fatigue d'une main occupée à maintenir la langue nuise à la précision des mouvements de l'autre main. La narcose en relâchant les muscles rend plus facile l'examen direct du larynx.

Chez l'enfant, le miroir laryngien est difficile à appliquer, le spéculum de Kirstein donne habituellement une vue étendue du larynx et même de la trachée, aussi son emploi est-il fort utile dans les papillômes des jeunes sujets; au dessous de 2 ans il n'est pas nécessaire de recourir à la narcose.

PAUL TISSIER.

La laryngoscopie chez l'enfant, par ESCAT (*Arch. internat. de laryngol. d'otol. et de rhinol.* sept.-oct. 1896).

En raison des difficultés tenant d'une part à l'indocilité du sujet, d'autre part aux conditions anatomiques spéciales à l'enfant, l'auteur s'est appliqué à modifier la méthode employée

communément chez l'adulte et à la rendre ainsi praticable chez l'enfant.

L'instrumentation est la suivante : Un miroir laryngien, de préférence le miroir carré, assez grand pour bien voir et pour refouler le voile, la tige assez forte pour résister à l'effort qu'elle doit supporter. Un abaisse-langue spécial caractérisé par une courbure s'adaptant à celle du dos de la langue dont elle recouvre la base jusqu'à l'épiglotte, et munie à son extrémité d'une fourche qui chevauche sur la face linguale de l'épiglotte et dont les extrémités boutonnées viennent se loger dans les sinus piriformes. Je passe sous silence l'ouvre-bouche et l'éclairage.

La manière de procéder se conçoit d'après la description des instruments. L'enfant étant solidement maintenu par un aide, la bouche ouverte au moyen d'un ouvre-bouche si cela est nécessaire, on applique l'abaisse-langue exactement selon les courbures sur le dos et la base de la langue, par une traction horizontale on attire la langue en avant, dilatant ainsi le pharynx, pendant que, simultanément, on refoule, avec le miroir laryngien, la luette et la paroi postérieure du pharynx contractée. Cet examen doit durer cinq à dix secondes et peut être répété deux ou trois fois.

Le vestibule du larynx est facile à voir. Quant aux cordes elles ne peuvent être vues que très rapidement.

Plusieurs figures accompagnent ce mémoire.

L. EGGER.

Sur la phonation, par P. BONNIER (*Presse méd.*, 3 octobre 1896).

L'auteur critique les points de vue auxquels se sont placés les auteurs, et reproche à la plupart de s'être bornés à étudier la musculature intrinsèque du larynx, négligeant la musculature extrinsèque, laquelle commande les mouvements en totalité de l'organe, et est indispensable à l'exercice normal de la phonation. A ce reproche il ajoute celui d'avoir étudié les muscles intrinsèques dans leur action propre et simple et non pas dans leur action commune, soit entre eux, soit avec les muscles extrinsèques, élévateurs, abaisseurs et rétracteurs du larynx.

B. ne peut admettre que le son émis par le larynx naisse directement de la vibration des cordes. Pas plus, dit-il, dans les lèvres glottiques, dans l'embouchure ventriculaire que pour les lèvres buccales dans l'embouchure du clairon, le son produit n'est dû à la raieonnance des lèvres embouchées. Il résulte de variations rapides dans la pression de l'air expiré ou insufflé.

C'est donc les variations de la résistance glottique qu'il faut étudier, et il s'agit non de la résistance continue qui donne plus ou moins d'intensité à la mise en branle de l'air buccal, mais de la résistance particulière qui fait la vibration, la résistance périodique.

Appliquant la formule générale de la vibration des cordes, B. étudie la longueur des cordes dans les larynx des différents sexes et des différents âges, leur épaisseur, leur consistance, leur tension, phénomène dans lequel il insiste sur l'ascension de la saillie thyroïdienne pour les sons aigus, et sa descente pour les sons graves. Voici comment s'opérerait la tension des cordes vocales : le thyroïde est élevé vers la mandibule à la suite de l'hyoïde, et il s'élève à son tour vers cet os, entraînant en haut et en avant l'insertion antérieure des cordes. Celles-ci attirent les aryténoïdes qui tendent à s'incliner en avant, mais sont maintenus sur le chaton cricoïdien par les crico-aryténoïdiens postérieurs, et l'aryténoïde transversale. Le crico-thyroïdien intervient alors, ayant pour rôle, en prenant appui sur le thyroïde, d'empêcher le cricoïde d'opérer un mouvement de bascule en avant et en bas. Quant à la condition qui permet aux cordes de se tendre sans s'allonger, il faut la chercher dans l'antagonisme connu d'ailleurs, qui existe entre le thyro-aryténoïdien et les muscles distenseurs.

Terminant par les conditions qui déterminent les qualités du son, il faut relever l'opinion de B. sur la hauteur du son qui dépend de la périodicité des étranglements de la colonne d'air à son passage dans la glotte, périodicité qui varie avec la tension des cordes.

L. EGGER.

Quels résultats donne le traitement local de la phtisie laryngée ?

par KUTTNER (*Berlin. klin. Wochenschr.* n° 3, p. 59, 20 janvier 1896).

Les objections faites au traitement de la phtisie laryngée sont nombreuses. A. Les cas que vous guérissez seraient peut-être quasi nuls. Eh bien, les anatomo-pathologistes sont unanimes à reconnaître que les procès tuberculeux du larynx n'aboutissent jamais à la cicatrisation. S'il est possible qu'une érosion superficielle due à la fonte d'une granulation se cicatrise, c'est l'exception : habituellement, autour de l'érosion se creusent de nouvelles érosions dues à la fonte de nouveaux tubercules. B. La seconde objection se résume dans la réponse d'un médecin à un laryngologiste qui lui montrait des cicatrices au niveau d'un la-

rynx guéri, chez un sujet mort de tuberculose pulmonaire : C'est très beau, mais je voudrais bien voir le sujet possesseur d'un si remarquable larynx. La chose a du vrai, mais n'opère-t-on pas pour les soulager, les malheureux atteints d'une sténose cancéreuse du pylore (gastro-entérostomie), sans espoir de les guérir ? Et n'est-ce rien chez les tuberculeux de diminuer la dyspnée, la toux, la dysphagie ? L'état général et souvent même l'état du processus s'amendent à la suite de la guérison du larynx.

Comme moyens, K. déterge d'abord les ulcérations par les inhalations antiseptiques auxquelles il attache une certaine valeur. Puis il s'adresse aux insufflations, aux attouchements à l'acide lactique, au curettage, qu'il fait volontiers suivre de l'ignipuncture qui donne des cicatrices plus résistantes et dans les cas de sténose grave à la trachéotomie, à la laryngofissure.

PAUL TISSIER.

Sur une lésion épiglottique fréquente dans la syphilis, par D. HANSEMAN (Berlin. klin. Woch. n° 11, p. 236, 16 mars 1896).

Lewin et Heller ont récemment rappelé l'attention sur une lésion syphilitique, depuis longtemps décrite par Virchow, l'atrophie de la base de la langue. A cette lésion est souvent associée une autre lésion de l'épiglotte.

Le tissu cicatriciel de la base de la langue se continue au niveau du ligament glosso-épiglottique médian, atteint l'épiglotte et gagne jusqu'à son bord libre. Celui-ci est attiré en avant et il se produit une anteflexion de l'épiglotte.

Au début, cette anteflexion est légère et la muqueuse est comme soulevée du cartilage par le frenulum raccourci ; à un degré plus élevé le bord supérieur de l'épiglotte s'enroule nettement en avant, que la muqueuse ou la sous-muqueuse participent seules à cet enroulement ou que le cartilage y prennent part. La lésion est alors typique. Plus tard, la partie enroulée se soude à la face antérieure et l'épiglotte paraît raccourcie ; si l'on n'examine pas les choses de près, on peut croire à une simple rétraction cicatricielle. A quelques millimètres du bord supérieur on constate une dépression transversale correspondant à l'ancien bord supérieur.

Sur cinquante-cinq autopsies de syphilitiques, dix-sept fois l'épiglotte fut trouvée normale, vingt-cinq fois antéfléchie et treize fois si fortement ulcérée ou rétractée qu'on ne pouvait plus savoir s'il y avait anteflexion.

S'agit-il d'un signe certain de syphilis? Non. H. a retrouvé cette lésion cinq fois : une fois chez une malade morte d'infection puerpérale, une fois chez un pneumonique, deux fois dans la tuberculose des poumons (comme dans un de ces derniers cas, il existait un état lisse et atrophique de la base de la langue, on ne peut complètement écarter l'idée de syphilis). Quoique souvent associée à l'atrophie de la base de la langue, l'anteflexion de l'épiglotte peut être isolée, de même que l'atrophie linguale ne s'accompagne pas toujours d'anteflexion épiglottique.

PAUL TISSIER.

Observations cliniques et recherches expérimentales sur les ulcérations laryngées dues au tubage, par G. VARIOT et R. BAYEUX (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 22 octobre 1896).

Les lésions que l'on observe à peu près constamment dans la région cricoïdienne, chez les enfants qui ont subi plusieurs cathétérismes du larynx et qui, plus tard, ont gardé le tube à demeure, sont ordinairement au nombre de trois. L'une médiane, taillée à l'emporte-pièce, arrondie, d'un demi-centimètre de hauteur environ ; les deux autres latérales, en arrière, un peu au-dessous des aryténoïdes. Ces dernières sont à peu près verticales, plus ou moins profondes, de quelques millimètres de largeur seulement.

Quelle est la cause de ces lésions? Faut-il les attribuer aux blessures produites par le passage réitéré du tube ? ou faut-il les considérer comme des lésions de décubitus ?

Pour répondre à ces questions, les auteurs ont institué des expériences cadavériques, d'où il résulte que même par les manœuvres les plus brutales, il est impossible de blesser avec le tube, lors de son introduction, la région cricoïdienne, siège habituel des ulcérations produites par le tube à demeure. Ce sont les régions sous-glottique seule et glottique, qui peuvent être blessées par une main inexpérimentée.

L. EGGER.

L'intervention dans le croup en cas de mort apparente, par G. VARIOT (*Journ. de clin. et de thérap. infant.*, 1^{er} octobre 1896).

A l'occasion d'une observation ayant trait à un enfant qui, amené à l'état de mort apparente, fut rappelé à la vie grâce à la trachéotomie et à la respiration artificielle, l'auteur donne les préceptes suivants :

D'une manière générale, dans le croup, mieux vaut pratiquer

la trachéotomie que le tubage, quand les mouvements respiratoires sont suspendus. Si l'on place un tube dans le larynx d'un enfant inanimé, on risquera de refouler, de bourrer les membranes laryngées dans la trachée et de compléter l'obstruction des voies aériennes.

Au contraire, quand l'arrêt des mouvements respiratoires est dû à un spasme de la glotte indépendant de la diphthérie, les chances de ranimer l'enfant par la respiration artificielle sont aussi grandes avec le tubage qu'avec la trachéotomie.

L. EGGER.

Sur le traitement des papillomes multiples du larynx, par EMMERICH VON NAVRATIL. (*Berliner klin. Woch.* n° 10, p. 201, 9 mars 1896).

Il faut distinguer les cas qui se trouvent chez l'enfant, et ceux que l'on voit chez l'adulte. Chez ce dernier la récurrence après l'ablation totale (laryngofissure) ne se produit pas (neuf cas).

Chez l'enfant on aura d'abord recours à l'extirpation endolaryngée; s'il y a menace de suffocation on pratiquera la trachéotomie et le curettage par la voie endolaryngée ou par la fistule trachéale et on répétera l'opération jusqu'à guérison.

Chez l'adulte l'opération endolaryngée doit d'abord être tentée, mais s'il survient des récidives on aura recours à la laryngofissure qui donne beaucoup plus de chances de guérison définitive et éloigne toute irritation qui pourrait, chez les prédisposés, favoriser le développement d'un épithéliome. PAUL TISSIER.

Des papillomes du larynx chez les enfants, par G. HUNTER MACKENZIE (*Brit. med. journ.* 1896, p. 609).

L'auteur passe en revue les divers modes de traitement des papillomes. L'opération radicale, la thyrotomie avec curettage consécutif donne de mauvais résultats, la récurrence est presque la règle; on a pratiqué la section du larynx jusqu'à dix-sept fois en trois ans chez un enfant de quatre ans, cinq fois en sept mois chez un autre enfant, etc., ces faits condamnent la méthode; l'extirpation par les voies naturelles, souvent impraticable, donne autant de récidives. Le tubage, auquel on attribue quelques rares succès, doit être abandonné parce qu'il ne peut être prolongé sans danger que dans des cas exceptionnels. La méthode de choix pour l'auteur est la trachéotomie avec port de la canule

aussi prolongé qu'il le faudra pour permettre aux papillomes de s'atrophier ou de se détacher spontanément, ce qui arrive plus ou moins rapidement dès que le larynx a été mis au repos par la trachéotomie. L'auteur présente des fragments de papillomes qu'un enfant ainsi traité élimine dans ses crachats.

M. N. W.

Un cas de très grand fibrôme mou du larynx, par O. CHIARI (Wien. klin. Woch. 1896, n. 35).

Le malade est un homme de 61 ans qui a vu se développer très graduellement des troubles de la voix et de la respiration. L'examen laryngoscopique montre une grande tumeur, irrégulière, molle, qui s'attache au repli ary-épiglottique et à la corde vocale supérieure droite, le côté gauche étant libre ; dans l'effort expiratoire la tumeur est chassée de la glotte et vient se placer derrière l'épiglotte. Sa consistance, les vaisseaux qui la sillonnent, sa large implantation ne permettent pas de tenter une ablation par les voies naturelles simplement ; on fait la trachéotomie haute préalable avec introduction de la canule de Trendelenbourg ; la tumeur vient faire saillie dans la plaie, aussi abandonne-t-on l'idée de l'enlever par la bouche ; l'incision est continuée sur la ligne médiane du larynx qui est calcifié, la tumeur est facilement enlevée à l'aide de l'anse galvano-caustique sans perdre une goutte de sang, le larynx est tamponné avec de la gaze iodoformée, la canule de Trendelenbourg remplacée par une canule simple et la plaie pansée à plat sans sutures. Au bout de quatre jours tout est enlevé, mais on voit qu'il existe une tuméfaction limitée de la corde vocale droite, cette tumeur est enlevée par les voies naturelles quinze jours plus tard ainsi que deux petits tubercules de la corde vocale supérieure. La guérison s'est faite sans incidents. L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait bien d'un fibrôme mou et kystique. Il mesurait 5 centimètres sur 4 centimètres et 1 centimètre d'épaisseur.

M. N. W.

Spasme de la glotte d'origine broncho-pulmonaire, par GHICA (Journ. de clin. et de therap. infant., 17 sept., 1896).

Il s'agit d'une enfant de 17 mois, entrée à l'hôpital pour une broncho-pneumonie double, et morte de cette affection. Dans le cours de sa maladie, elle fut momentanément améliorée par le tubage, d'où G. conclut qu'il s'agissait évidemment là d'un

spasme de la glotte, commandant les phénomènes de suffocation qui décidèrent l'auteur à intervenir. A l'autopsie, pas de fausses membranes.

L. EGGER.

Sur un cas de paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale, par PICOT et HOBBS (Troisième Congrès français de médecine interne, Nancy, 6 et 12 août 1896).

Il s'agit d'un homme de soixante-six ans, ayant eu, auparavant, plusieurs ictus apoplectiques suivis d'hémiplégie droite ou gauche et qui, trois mois avant son entrée à l'hôpital, a été pris subitement d'une paralysie frappant d'emblée les lèvres, la langue, le pharynx et le larynx. Le voile du palais et les muscles masticateurs étaient respectés. La langue n'était pas atrophiée, et ses fonctions sensorielles et sensitives avaient persisté. Plus de réflexes pharyngés; réflexe masséterin exagéré. Il mourut huit mois après le début de son affection, sans que celle-ci ait varié un seul instant et sans avoir progressé.

Les examens nécropsiques et microscopiques sont venus confirmer le diagnostic porté en clinique, de paralysie labio-glosso-laryngée d'origine cérébrale, due, selon toute probabilité, à deux foyers d'hémorragie ancienne, ayant détruit, à droite, une partie du noyau caudé et de l'avant-mur, et, accessoirement, à un petit foyer siégeant dans le milieu de la portion antérieure du centre ovale gauche.

L. EGGER.

Sur un cas de paralysie totale du récurrent avec examen anatomique, par NATTIER ET THOMAS (*Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 1896, p. 468).

Cas d'anévrysme de l'aorte chez une femme de 68 ans; pendant la vie on observa des troubles de la voix et au laryngoscope, on constata une paralysie de la corde vocale gauche, en abduction, avec excavation de cette corde et amincissement du bord libre.

Le nerf récurrent examiné après traitement par l'acide osmique et le picro carmin montra la disparition des fibres à myéline et, en quelques points, de la prolifération nucléaire. La dégénérescence était totale et le nerf atrophié et grisâtre. Le nerf laryngé externe ne présente aucune dégénérescence, non plus que le nerf vague.

L'examen des muscles laryngiens, à l'aide du picro-carmin et de l'hématoxyline, montra une diminution notable des fibres mus-

culaires dans le thyro-aryténoïdien, le crico-aryténoïdien latéral, l'ary-aryténoïdien transverse. Les auteurs ont trouvé aussi une atrophie marquée du crico-aryténoïdien, ce qui paraissait démontrer que le nerf récurrent contribuait à l'innervation de ce muscle et bien que le nerf laryngé supérieur fut intact. A G.

Dix cas de paralysie laryngée de cause chirurgicale, par P. RAUGÉ (communication au 10^e congrès de l'association française de chirurgie, 21 octobre 1896).

Cette série de faits cliniques réunit, étiologiquement, presque toutes les variétés de tumeurs cervicales capables de déterminer la compression du récurrent et les troubles laryngo-moteurs qui en sont la conséquence mécanique.

Au point de vue pathogénique, voici comment se décomposent les dix observations personnelles que l'auteur a réunies dans son mémoire : cinq cas de tumeurs thyroïdiennes ; deux cas d'adénopathie cervicale ; un cas de cancer de l'œsophage ; un cas de mal de Pott cervical ; un cas d'anévrysme de l'aorte.

Dans neuf cas, la paralysie du larynx ne portait que sur un seul côté (cinq fois à gauche, quatre fois à droite). Dans une seule de ces observations (cancer de l'œsophage) elle atteignait les deux cordes vocales.

Dans le plus grand nombre des faits (6) la corde vocale paralysée était fixée en position cadavérique (paralysie complète) ; plus rarement (quatre fois) en adduction permanente. Dans l'unique observation où la paralysie était bilatérale, l'une des deux cordes vocales se trouvait en abduction extrême.

Les symptômes fonctionnels étaient généralement en rapport avec le mode de déformation glottique observée au laryngoscope : dans les cas où la corde vocale se trouvait en position cadavérique, on constatait le plus souvent des désordres vocaux très marqués ; il n'existait en général que des troubles respiratoires dans les cas d'adduction permanente. L'auteur observe, en terminant, que l'absence de disphonie dans cette dernière catégorie de faits est peu propre à attirer l'attention du côté de l'appareil vocal, et qu'à moins de pratiquer par hasard un examen laryngoscopique que rien ne semble motiver, on est facilement exposé à laisser passer inaperçue cette forme de trouble moteur, qui ne s'exprime le plus souvent que par des phénomènes dyspnéiques dont on ne songe pas toujours à accuser le larynx.

V. — CORPS THYROÏDE, ŒSOPHAGE, COU, etc.

Sur l'influence de l'ablation du corps thyroïde sur le développement du poids des glandules para-thyroïdiennes, par A. ROUXEAU (*Bulletin de la Société de biologie*, 1896, p. 971).

La fonction de ces glandules est indispensable dès que le corps thyroïde vient à manquer, Glay a établi expérimentalement cette vérité et l'auteur l'accepte d'après ses expériences personnelles : mais si cette opinion est exacte, dit Rouxeau, la preuve anatomique en est encore à donner, mais il est un caractère établi par Glay qui paraît absolument certain, c'est l'augmentation du poids de ces glandules après la thyroïdectomie, et l'auteur cite des expériences qui semblent confirmer le fait. Le poids des glandules serait presque doublé après la thyroïdectomie, s'il faut en croire les résultats fournis par Rouxeau, dans deux séries d'expériences portant sur vingt deux lapins opérés, et c'est chez les plus jeunes animaux que ce poids aurait augmenté davantage.

A G.

Traitement thyroïdien, par H. HABEL (*Berlin. klin. Woch.*, n° 5, p. 93, 3 février 1896).

Le traitement thyroïdien fut institué sur une série de malades avec de la glande thyroïde fraîche administrée en cachets : l'administration doit être rapide ; la glande conservée dans de la glace, si l'on veut éviter des accidents dus à des phénomènes résultant de l'altération des albuminoïdes. La dose chez l'adulte fut de 8 grammes, puis de 15 grammes deux fois par jour, chez l'enfant de 4, puis de 10 grammes.

Dans vingt-cinq cas on obtint deux guérisons et vingt-trois améliorations ; mais l'amélioration fut passagère ; après la cessation du traitement, le cou grossit d'autant plus vite que la diminution a été plus rapide.

Dans tous les cas, on nota une augmentation de la fréquence du pouls et dans certains cas de l'amaigrissement, mais aucun accident grave.

Les tablettes de glande thyroïde agissent moins bien, mais par contre donnent une tachycardie plus forte.

Dans la maladie de Basedow, on nota plutôt une aggravation de symptômes.

PAUL TISSIER.

Phlegmon ligneux du cou, par P. RECLUS (*Revue de chirurgie*, juillet 1896, p. 522).

Mémoire intéressant d'une sorte de phlegmon très dur, siégeant le plus souvent au cou, phlegmon très étendu et dont le diagnostic est d'une difficulté très grande, car la consistance de la tuméfaction donne à l'examineur l'impression d'un véritable squirrhe des téguments. La marche de cette affection, d'une observation très rare, est très longue, la fluctuation est très tardive et les diverses parties de la région affectée montrent à des intervalles éloignés de la fluctuation très restreinte. Le pus de ces phlegmons est d'une composition bactériologique très variable, R. a vu quelquefois des diplocoques, jamais des streptocoques et dans un cas du bacille de Læffler, et dans ce dernier cas, il ne put guérir son malade qu'au moyen du sérum antidiphthérique, n'ayant pas réussi à le guérir par des incisions multiples. L'étiologie de cette affection, presque toujours observée chez des miséreux, est extrêmement obscure, aussi le mémoire de Reclus nécessite-t-il des recherches complémentaires de la part des chirurgiens et des anatomo-pathologistes.

A. G.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ITALIE

Bouche et Pharynx

G. Ficano. Fibrôme de la paroi postérieure du pharynx (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, mai 1895).

V. Cozzolino. Prophylaxie et hygiène de la diphthérie par la sérothérapie. Espérances futures (*Riv. ital. di terap. e igiene*, 1895).

V. Cozzolino. Conclusions sur la diphthérie, les diphthéritiques et la sérothérapie extraites du rapport présenté au Prof. G. Baccelli (*Atti della R. accad. med. chir. di Napoli*, n° 1, 1895).

A. Damieno. Quatorze nouveaux cas de diphthérie guéris par le sérum anti-diphthéritique (*Riforma med.*, n° 64, 65, mars 1895).

F. Massei. Nouvelle contribution à la sérothérapie dans la diphthérie (*Atti della R. accad. med. chir. di Napoli*, n° 1, 1895).

A. Torella. Sérothérapie et traitement local de la diphthérie (*Riv. int. d'igiene*, n° 1, 1895).

Egidi et Concetti. Sérothérapie de la diphthérie (*Soc. Lancisiana degli osp. di Roma*, 28 mai 1895).

Ascoli. Deux cas d'hémiatrophie linguale (*Soc. Lancisiana degli osp. di Roma*; in *Gazz. degli osp.*, 15 juin 1895).

Ceni. La fatigue et l'immunité pour la diphthérie (*Soc. med. chir. de Pavia*; in *Gazz. degli osp.*; 6 juillet 1895).

G. Grana. Hygiène de la bouche à l'état normal et comme prophylaxie des maladies infectieuses (*Boll. delle mal. dell'orecchio gola e naso*, juillet et août 1896).

V. Colla et L. Fornaca. Action de la toxine et de l'antitoxine diphthéritique sur quelques propriétés physiques et chimiques du sang (*Gazz. degli osp.*, 20 juillet 1895).

Pizzini. Des résultats obtenus dans quelques formes de goitre parenchymateux par le traitement au moyen du corps thyroïde frais (*Atti dell'ass. med. Lombarda*, Milan 1895).

V. Nicolai. De la pharyngectomie (*Atti dell'assoc. med. Lomb.*, Milan 1895).

Sara. Polype pharyngé (*Atti dell'assoc. med. Lomb.*, Milan 1895).

Mazzotti et Bacchi. Applications cliniques du sérum anti-diphthéritique préparé au laboratoire bactériologique de l'Office communal d'Hygiène de Bologne sous la direction du Prof. Brazzola (*Soc. med. chir. di Bologna*; in *Gazz. degli osp.*, 3 août 1895).

Brazzola. Statistique de la diphthérie à Bologne et son traitement du 31 mars au 15 juillet 1895 (*Soc. med. chir. de Bologna*; in *Gazz. degli osp.*, 3 août 1895).

T. della Vedova. Propositions concernant la prophylaxie de la diphthérie (*Giorn. dello istituto Nicolai*, n° 3, 1895).

C. Gioffredi. Traitement du mutisme hystérique par l'éthérisation (*Gazz. degli osp.*, 1^{er} octobre 1895).

Dans la maladie de Basedow, on nota plutôt une aggravation de symptômes.

PAUL TISSIER.

Phlegmon ligneux du cou, par P. RECLUS (*Revue de chirurgie*, juillet 1896, p. 522).

Mémoire intéressant d'une sorte de phlegmon très dur, siégeant le plus souvent au cou, phlegmon très étendu et dont le diagnostic est d'une difficulté très grande, car la consistance de la tuméfaction donne à l'examineur l'impression d'un véritable squirrhe des téguments. La marche de cette affection, d'une observation très rare, est très longue, la fluctuation est très tardive et les diverses parties de la région affectée montrent à des intervalles éloignés de la fluctuation très restreinte. Le pus de ces phlegmons est d'une composition bactériologique très variable, R. a vu quelquefois des diplocoques, jamais des streptocoques et dans un cas du bacille de Læfler, et dans ce dernier cas, il ne put guérir son malade qu'au moyen du sérum antidiphthérique, n'ayant pas réussi à le guérir par des incisions multiples. L'étiologie de cette affection, presque toujours observée chez des miséreux, est extrêmement obscure, aussi le mémoire de Reclus nécessite-t-il des recherches complémentaires de la part des chirurgiens et des anatomo-pathologistes.

A. G.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ITALIE

Bouche et Pharynx

G. Ficano. Fibrôme de la paroi postérieure du pharynx (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, mai 1895).

V. Cozzolino. Prophylaxie et hygiène de la diphthérie par la sérothérapie. Espérances futures (*Riv. ital. di terap. e igiene*, 1895).

V. Cozzolino. Conclusions sur la diphthérie, les diphthéritiques et la sérothérapie extraites du rapport présenté au Prof. G. Baccelli (*Atti della R. accad. med. chir. di Napoli*, n° 1, 1895).

A. Damieno. Quatorze nouveaux cas de diphthérie guéris par le sérum anti-diphthérique (*Riforma med.*, n°s 64, 65, mars 1895).

F. Massei. Nouvelle contribution à la sérothérapie dans la diphthérie (*Atti della R. accad. med. chir. di Napoli*, n° 1, 1895).

A. Torella. Sérothérapie et traitement local de la diphthérie (*Riv. int. d'igiene*, n° 1, 1895).

Egidi et Concetti. Sérothérapie de la diphthérie (*Soc. Lancisiana degli osp. di Roma*, 28 mai 1895).

Ascoli. Deux cas d'hémiatrophie linguale (*Soc. Lancisiana degli osp. di Roma*; in *Gazz. degli osp.*, 15 juin 1895).

Ceni. La fatigue et l'immunité pour la diphthérie (*Soc. med. chir. de Pavia*; in *Gazz. degli osp.*; 6 juillet 1895).

G. Grana. Hygiène de la bouche à l'état normal et comme prophylaxie des maladies infectieuses (*Boll. delle mal. dell'orecchio gola e naso*, juillet et août 1896).

V. Colla et L. Fornaca. Action de la toxine et de l'antitoxine diphthérique sur quelques propriétés physiques et chimiques du sang (*Gazz. degli osp.*, 20 juillet 1895).

Pizzini. Des résultats obtenus dans quelques formes de goître parenchymateux par le traitement au moyen du corps thyroïde frais (*Atti dell'ass. med. Lombarda*, Milan 1895).

V. Nicolai. De la pharyngectomie (*Atti dell'assoc. med. Lomb.*, Milan 1895).

Sara. Polype pharyngé (*Atti dell'assoc. med. Lomb.*, Milan 1895).

Mazzotti et Bacchi. Applications cliniques du sérum anti diphthérique préparé au laboratoire bactériologique de l'Office communal d'Hygiène de Bologne sous la direction du Prof. Brazzola (*Soc. med. chir. di Bologna*; in *Gazz. degli osp.*, 3 août 1895).

Brazzola. Statistique de la diphthérie à Bologne et son traitement du 31 mars au 15 juillet 1895 (*Soc. med. chir. de Bologna*; in *Gazz. degli osp.*, 3 août 1895).

T. della Vedova. Propositions concernant la prophylaxie de la diphthérie (*Giorn. dello istituto Nicolai*, n° 3, 1895).

G. Gioffredi. Traitement du mutisme hystérique par l'éthérisation (*Gazz. degli osp.*, 1^{er} octobre 1895).

A. Damieno. La sérothérapie dans la diphthérie et dans les tumeurs malignes (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, octobre et novembre 1895).

V. Nicolaï. Sérothérapie de la diphthérie; statistique et considérations cliniques (2^e Congrès de la Soc. ital. de lar. otol. et rin., Florence, 25 septembre 1895).

P. Foa. La sérothérapie (6^e Congrès de med. interne, Rome, octobre 1895).

M. Forfida. L'usage thérapeutique de la glande thyroïde. Cinq cas de goitre parenchymateux traités par l'ingestion thyroïdienne (In-8^e de 175 p. Tipog. Nazionale, Rome, 1895).

T. Bobone. Sur l'angine de Ludwig blennorrhagique (2^e Congrès de la soc. ital. di lar. otol. e rin., Florence, 26 septembre 1895).

C. Giarré. Seconde statistique des cas de diphthérie traités par la sérothérapie à la Clinique pédiatrique de Florence (*Sperimentale*, fasc. 12, 1895).

C. Giarré et G. Matucci. Cas de diphthérie traités par le sérum de Behring d'octobre à décembre 1894 à l'Institut Pédiatrique de Florence (*Pediatria*, n^o 5, 1895).

G. Monaco. Amygdalotomie galvano-caustique (*Gazz. degli osp.*, 16 novembre 1895).

Violi. Le sérum antidiphthérique à Constantinople (*Pediatria*, n^o 9, 1895).

Bubola. L'inoculation dans la diphthérie en 1862-63 (*Riv. Veneta di sc. med.*, n^o 4, 1895).

G. Ficano. Sur la folliculite ulcéreuse syphilitique du pharynx (*Gazz. degli osp.*, 14 décembre 1895).

Mingazzini. Observations cliniques, et anatomiques sur l'hémiatrophie de la langue (*Arch. ital. di lar. e rin.*, janvier et avril 1896).

S. Ottolenghi. La suture ethmoïdo-lacrymale chez les délinquants (*Giorn. della R. accad. di med. di Torino*, décembre 1895).

R. Sainati. Deux cas de diphthérie typique du pharynx guéris par le sérum anti-diphthérique (*Morgagni*, décembre 1895).

G. Bignami. Thyroïdisme et grossesse (*Gazz. degli osp.*, 11 janvier 1896).

R. Montelucci. La sérothérapie anti-diphthérique pratiquée chez un vieillard de 84 ans (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, janvier 1896).

Sacchi. Traitement thyroïdien et extirpation de goitre (*R. accad. di med. di Genova*, 17 janvier; *Gazz. degli osp.*, 1^{er} février 1896).

Trambusti. La moelle des os dans la diphthérie (*Accad. med. fis. fiorentina*, 13 janvier; *Gazz. degli osp.*, 1^{er} février 1896).

G. Ficano. Un cas d'angine de Ludwig (*Atti della R. accad. delle scienze med.*, Palerme, 1896).

Novi. Note sur la préparation du sérum anti-diphthérique à l'Institut Antirabique de Bologne (*Soc. med. chir. di Bologna*, 3 février; *Gazz. degli osp.*, 15 février 1896).

G. Ficano. Un cas d'empoisonnement par la cocaïne à dose non toxique (*Boll. delle mal. dell'orecchio, gola e naso*, février 1896).

D. Mandragora. Sur le sérum anti-diphthérique. Contribution clinique (*Puglia med.*, janvier-février 1896).

SUISSE

Oreille.

F. Rohrer. Inflammation croupieuse du conduit auditif externe à la suite d'une instillation de créosote (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} juin 1894).

Graetzer. Soixante-dix-sept cas d'affections de l'oreille et du nez (Bâle et Leipzig, 1894).

G. Colladon. Des abcès de fixation en otologie (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 octobre 1894).

Girard. Malformations particulières de l'oreille (*Méd. pharm. Bezirksverein Beresin Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} mars 1895).

W. Spirig. Bruit subjectif unilatéral perceptible de l'oreille dans l'insuffisance aortique (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 avril 1895).

W. Lindt. Traitement opératoire des otites moyennes suppurées. Débridement des cavités de l'oreille moyenne (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 juin 1895).

Larynx et trachée.

E. Köhl. De la rétention chez les trachéotomisés (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 janvier 1894).

Hagenbach-Burckardt. Remarques sur le précédent article (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 janvier 1894).

Krönlein. I. Extirpation partielle du larynx dans un cas de cancer. — II. Décanullement difficile après l'intubation et la trachéotomie dans un cas de sténose diphthéritique du larynx (*Gesells. der Aerzte in Zürich*, 11 novembre 1893); in *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 janvier 1894).

G. Auudéoud et Jaccard. Quelques complications respiratoires et nerveuses de la rougeole (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 janvier 1894).

Ringier. Mutisme hystérique datant de 15 mois (*Gesells. der Aerzte in Zürich*, 9 décembre 1893; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 février 1894).

Wiesmann. Clou de soulier extrait du larynx d'un enfant de 10 mois (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} octobre 1894).

O. Gsell. Sur un kyste épithélial vibratile du sinus pyriforme (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} novembre 1895).

Lüscher. Innervation du larynx (III Intern. physiol. Congress in Bern; (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} novembre 1895).

Nez.

E. Guder. Contribution à l'étude de quelques tumeurs rares des fosses nasales. Mélano-sarcome. Polype pigmenté. Papillome (Broch. de 83 pages avec une planche; imprimerie W. Kündig et fils, Genève, 1894).

T. J. Schestakow. Contribution à l'étude de l'ozène (Broch. de 162 pages, impr. P. Dubois, Genève 1894).

Pharynx et varia.

O. Naegeli. Une entrave particulière de la déglutition et de la parole (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 janvier 1894).

Regli. L'épidémie de diphthérie de Guttanen, 1892-93 (*Méd. pharm. Bezirksverein*, Berne, 25 juillet 1893 ; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 janvier 1894).

Pasteur. Du traitement du myxoedème par les préparations thyroïdiennes (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 janvier 1894).

Cristiani. Effet de la thyroïdectomie sur les lézards (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 janvier 1894).

Krönlein. Œsophagotomie (*Gesells. der Aerzte in Zürich*, 9 décembre 1893 ; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 février 1894).

Siébenmann. Deux corps étrangers situés à un siège rare dans les voies aériennes (*Méd. Gesells. der Stadt Basel*, 1^{er} mars ; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} mai 1894).

E. Perregaux. Sur la maladie de Basedow (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} juin 1894).

Garré. Traitement du goître par les injections parenchymateuses d'iodoforme (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 juin 1894).

Thomas. Note sur un cas de paralysie diphthérique ; paralysie d'emblée sans angine préalable (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 juillet 1894).

Guhl. Mort subite par étouffement à la suite d'une hémorrhagie dans un cas de goître kystique ancien (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} août 1894).

Kroenlein. I. Sur les suites du traitement opératoire de la maladie de Basedow par la strumectomie partielle. — II. Contribution à la guérison radicale du carcinome pharyngien par l'extirpation (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} août 1894).

Roux. Rétrécissement syphilitique de l'œsophage : gastrotomie temporaire (*Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 septembre 1894).

E. Feer. Disposition d'âge et propension à l'infection de la diphthérie et d'autres maladies infectieuses dans les premières années de la vie (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 novembre 1894).

V. Mandach. Guérison d'un diverticule de l'œsophage par une opération (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 décembre 1894).

Sahli. La sérumthérapie à Berne (*Méd. pharm. Bezirksverein Bern*, 13 novembre ; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 décembre 1894).

Silberschmidt. Diagnostic de la diphthérie (*Gesells. der Aerzte in Zurich*, 10 novembre ; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 décembre 1894).

T. Kocher. La fonction de la glande thyroïde d'après les dernières méthodes de traitement des diverses formes de goître (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} et 15 janvier 1895).

E. Hagenbach. De la sérothérapie de la diphthérie (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} janvier 1895).

O. Lanz. Traitement thyroïdien du goître (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 janvier 1895).

E. Feer. Sérothérapie de la diphthérie (48 Versamul. der aertzl. Centralvereins. Olten, 3 novembre 1894; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 janvier 1895).

W. v. Muralt. Sur le traitement sérothérapique de la diphthérie (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} mars 1895).

Blattner. Remarques sur le traitement sérothérapique de la diphthérie à la clinique chirurgicale (*Gesells. der Aerzte in Zurich.*; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} mars 1895).

Hoffmann. Un cas de diphthérie de Löffler, traité par le sérum (*Méd. Gesells. der Stadt Basel*; in *Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 15 avril 1895).

O. Lanz. Contribution à la thérapeutique thyroïdienne. Les préparations de glande thyroïde de porc sont-elles agissantes ? (*Corresp. Blatt. schweizer Aerzte*, 15 mai 1895).

J. Gaudard. Contribution à la sérothérapie (*Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1^{er} juin 1895).

Hagenbach. Expériences sur le sérum de Behring (*Méd. Gesells. der Stadt Basel*; in *Corresp. Blatt f. schweizer Aerzte*, 1^{er} juillet 1895).

Revillod. Thyroïdisme (*Wissens. Bericht über den schw. Aerztetag in Lausanne*; in *Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} juillet 1895).

F. Dumont. Œsophagotomie avec strumectomie préalable pour un râtelier avalé (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 juillet 1895).

S. Stocker. Diphthérie récidivante (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} août 1895).

P. Deucher. Contribution au diagnostic clinique de la diphthérie (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 août 1895).

W. Wille et J. Albrecht. Sur les résultats de la sérothérapie dans le canton de Thurgovie (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 15 septembre 1895).

A. Vallette. La sérothérapie de la diphthérie à la clinique médicale de Genève du mois d'octobre 1894 au mois de juin 1895 (In 8^o broché, librairie Georg et C^e, Genève, 1895).

E. Feer. Sur le diagnostic de la diphthérie (*Corresp. Blatt. f. schweizer Aerzte*, 1^{er} novembre 1895).

SCANDINAVIE

Oreille.

Dahlgren. Sur le traitement chirurgical de l'otite moyenne et ses complications (*Dissert. Inaug. Upsal*, 1894).

E. Schmiegelow. Corps étranger du tympan; extraction, tétanos (*Ugeskrift for Laeger*, n^o 11, 1894).

Larynx et trachée.

J. G. Edgren. Amusie (aphasie musicale) (*Hygiea*, mai 1894).

Nez.

W. Meyer. Végétations adénoïdes, leur développement et leur durée (*Hosp. Tidende*, 6 février 1895).

Kiaer. Hématome (périchondrite traumatique) et périchondrite primitive aiguë de la cloison nasale (*Ugesk. f. Laeger*, p. 313, 1895).

Pharynx et varia.

E. S. Perman. Sarcôme de la langue traité par la pyocaninine (*Hygiea*, avril 1894).

Ajelmann. Rétrécissement syphilitique du pharynx (*Finska Laekar Handlingar*, juillet 1894).

H. Gron. Hypertrophie du corps pituitaire et myxoedème (*Norsk Mag. f. Laeger*, août 1894).

Schmiegelow. Corps étranger dans la gorge, pharyngotomie sub-thyroïde; guérison (*Ugeskrift f. Laeger*, n° 11, 1894).

G. Gellström. Statistique de la mortalité des diphthéritiques à Stockholm en 1893 (*Hygiea Tillögghäfte*, 1894).

F. Thymann. Examen bactériologique de 216 cas de diphthérie (*Hosp. Tidende*, n° 10-13, 1895).

NOUVELLES

On annonce la mort du D^r Doyer, professeur d'ophtalmologie et d'otologie à Leyde.

C'est avec un vif regret que nous apprenons par le *Bollettino* de GRAZI la mort prématurée de notre collaborateur le D^r CORRADO CORRADI, de Vérone, décédé à l'âge de 37 ans. Récemment nommé docteur, il était l'un des membres les plus zélés de la Société Italienne de Laryngologie, Otologie et Rhinologie. Corradi a témoigné de l'ardeur qu'il apportait aux études de spécialité en laissant un capital d'environ 30,000 francs destiné au service oto-rhino-laryngologique de l'hôpital civil de Vérone.

Un spécialiste allemand dont les travaux laryngologiques et otologiques sont bien connus, le D^r J. MICHAEL, a succombé à Hambourg à l'âge de 48 ans le 6 janvier dernier.

La prochaine réunion de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu à Saint-Etienne (Loire), le 4 août 1897, sous la présidence du D^r MAREY, membre de l'Institut, Professeur au Collège de France.

12^e Section (sciences médicales), Président : Prof. A. PONCET, 19, rue Comfort, à Lyon.

La Société Otologique de New-York a élu son bureau pour 1896-97. Président : GORHAM BACON; vice-président : C. J. KIPP; secrétaire-trésorier : H. A. ALBERTON.

La section ouest de la Société américaine laryngo-rhino-otologique s'est réunie les 2 et 3 février 1897 à Kansas City.

ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE FRANÇAISE

Secrétariat général, 14, boulevard Saint-Germain, Paris.

Comité national français d'initiative et de propagande du XII^e Congrès international de Médecine de Moscou.

(19-26 août 1896).

Les Compagnies des chemins de fer français (Ouest, Nord, Paris-Lyon-Méditerranée, Est, Orléans) ont accordé une réduction de 50 % aux médecins français voulant assister au XI^e Congrès international de Médecine, qui aura lieu à Moscou du 19 au 26 août prochain.

Pour obtenir cette réduction, il est indispensable de se faire inscrire le plus rapidement possible aux bureaux du *Comité national français*, 14, boulevard Saint-Germain, Paris. Les bureaux sont ouverts de 9 heures du matin à 7 heures, sauf les jours fériés.

Le Secrétaire général, MARCEL BAUDOUIN.

Paris, le 12 janvier 1897.

Dans le but de faire connaître les travaux des auteurs français aux spécialistes belges, le Dr Buys, bibliothécaire de la *Société belge d'Otolaryngologie*, désirerait recevoir régulièrement un exemplaire de tous les mémoires parus dans les *Annales*, prière de les lui adresser, rue du Nord, 44, à Bruxelles.

La *Société de Laryngologie de Londres* a constitué son bureau pour 1897.

Président : H. T. BUTLIN ; *Vice-présidents* : E. CRESSWELL BARRER, J. W. BOND, A. BRONNER, S. SPICER, CH. SYMONDS ; *Trésorier* : W. J. WALSHAM ; *Bibliothécaire* : J. DUNDAS GRANT ; *Secrétaires* : SAINT-CLAIR THOMSON, H. TILLEY ; *Conseil* : J. B. BALL, R. M'KENZIE JOHNSTON, F. SEMON, W. R. H. STEWART, P. WATSON WILLIAMS.

XII^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE MÉDECINE

Moscou, 19-26 août 1897.

Programme préliminaire de la section de Laryngologie et Rhinologie.

1. Diagnostic et traitement des suppurations des sinus du nez (maxillaire excepté). — 2. Diagnostic et traitement du cancer du larynx. — 3. Cancer et traitement de l'extinction de voix chez les chanteurs. — 4. Progrès réalisés dans le traitement local de la tuberculose laryngée depuis le dernier Congrès International. — 5. Autoscopie du larynx. — 6. Laryngo-stroboscopie. — 7. Rayons X appliqués à la rhino-laryngologie. — 8. Œsophagoscopie. — 9. Photographie du larynx. — 10. Rapport du comité sur la construction des instruments et appareils rhino-laryngoscopiques.

VIN DE CHASSAING (Pepsine et diastase) Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM GRANULÉ DE FALIÈRES. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuillère mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALIÈRES. Aliment très agréable, permettant chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate bicalcique assimilable. Une cuillerée à bouche contient 25 centigrammes de phosphate.

POUDRE LAXATIVE DE VICHY. (Poudre de séné composée). Une cuillerée à café délayée dans un peu d'eau, le soir en se couchant. Excellent remède contre la constipation.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec persévérance.

GRAINS DE CÉDER. POUDRE MANUEL. GRANULES FERRO-SULFUREUX THOMAS

L'EAU DE GUBLER, CHATEL-GUYON, tonique et laxative, relève les fonctions de l'estomac et de l'intestin.

Véritables **GRAINS de SANTÉ** du **D^r FRANCK**
Aloès 0,06. — Gomme-Gutte 0,03.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

La laryngoscopie chez l'enfant, par ESCAT (Extrait des *Arch. Intern. de Laryng.*, septembre-octobre 1896).

Contribution à l'étude de la paralysie bulbaire unilatérale. Recherches cliniques et anatomiques, par G. GERONZI (Extrait du *Boll. della Soc. Lancisiana degli Osp. di Roma*, fasc. 1, 1896).

Sur la réforme de l'enseignement rhino-pharyngologique, par R. KAFEMANN. (Broch. de 10 pages. F. Deuticke, éditeur, Vienne et Leipzig, 1897).

Influence des lésions naso-pharyngiennes sur les organes voisins, et sur l'organisme en général, et leur traitement, par BUENO DE MIRANDA, (Broch. de 50 pages. Tipog. do Brazil, Rio de Janeiro, 1896).

Comptes rendus de la Société américaine d'Otologie 29^e réunion annuelle, Pequot House, New London, Conn. 14 juillet 1896 (Mercury Publishing Co, New Bedford, Mass. 1896).

Technique de la cure radicale de l'empyème du sinus maxillaire, par C. GORIS (Extrait du *Bull. de la Soc. belge d'otol. et lar.* No 1, 1896).

L'oreille, maladies chirurgicales, par H. SCHWARTZ. Traduit de l'allemand et précédé d'une préface, par J. A. A. RATTTEL (2 volumes, chez J. B. Baillière et fils, libraires, Paris 1897).

Faits pour l'histoire de l'otologie espagnole, par R. FORNSY. Romans, accompagnés du mémoire publié en 1843 par M. VINALS Y RUBIO (Broch. de 26 pages. Tipog. Rivadeneyra, Madrid 1896).

Nouvelle pompe à pression et son emploi dans la médecine pratique, par C. ZIEM (Tirage à part du *Berliner klin. Woch.* No 37, 1896).

I. Sur les altérations séniles de l'oreille moyenne. — II. Sur la pénétration de corps étrangers dans le larynx des vieillards. — III. Sur la gymnastique de la membrane tympanique et des osselets. Description d'un nouvel appareil. — IV. L'intubation dans les sténoses laryngées syphilitiques. — V. Myxôme du larynx, par G. FERRERI (Extrait de l'*Archivio ital. di otol. rin. e lar.*, janvier, avril, juillet et octobre 1896).

Affections des sinus accessoires du nez, avec démonstration de pièces, dessins et instruments, par J. W. GLEITSMANN (Extrait des *Annals of Ophth. and. otol.* avril 1896)

Un cas extraordinaire de tumeur laryngienne, par J. W. GLEITSMANN (Extrait du *N. Y. med. journ.*, 3 octobre 1896).

Sur le traitement des déviations de la cloison par la tréphine et la méthode de Asch, par J. W. GLEITSMANN (Tirage à part de l'*Archiv. f. Lar. u. Rhin.* Bd 4, h. 1, 1896).

Sur les abcès aigus de la cloison nasale, par L. WROBLEWSKI (Tirage à part de l'*Archiv. f. Lar.* Bd II, h. 3, 1896).

Deux cas d'ictus laryngé, par PHOTIADÈS (Extrait de la *Revue med. pharm.* Constantinople, 1896).

Quelques considérations sur les rhinites chroniques et le tissu érectile de la muqueuse nasale, par P. L. PELÁEZ (Extrait de la *Rev. de med. y cirugía practicas.* No 516, 1896).

Le Gérant : G. MASSON.

